**CARTA PARA CADASTRAMENTO DE MÉDICO**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Prezado Sr. Coordenador de Certificação Médica Aeronáutica,

Em atenção ao disposto no Regulamento Brasileiro de Aviação Civil nº 67 - RBAC 67, informo a Vossa Senhoria que tenho interesse em obter o cadastramento como médico para realizar exames de saúde periciais em candidatos que desejem obter ou revalidar um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) de 4ª classe.

Informo também que o consultório onde exercerei as atribuições possui instalações, recursos e pessoal suficientes para realizar as atividades para as quais o cadastramento é solicitado.

Informo também que o consultório onde exercerei as atribuições possui instalações, recursos e pessoal suficientes para realizar as atividades para as quais o credenciamento é solicitado.

Em anexo, envio documentação solicitada, juntamente com formulário de cadastro preenchido na página seguinte.

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(preencher formulário na página seguinte)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AGÊNCIA NACIONAL DE AVIAÇÃO CIVIL - ANAC**  **SUPERINTENDÊNCIA DE PESSOAL DA AVIAÇÃO CIVIL**  **COORDENADORIA DE CERTIFICAÇÃO MÉDICA AERONÁUTICA** | | | | | | | | | | |  |
| SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE MÉDICO  (somente para exames de 4ª classe) | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| 1 – NOME COMPLETO | | |  | | | | | | | | | |
| 2 - NACIONALIDADE | | |  | | | | | | | | | |
| 3 - CRM | | |  | | 4 - UF | |  | | | | | |
| 5 - TELEFONE RESIDENCIAL | | |  | | 6- TELEFONE COMERCIAL | | | | |  | | |
| 7 - E-MAIL DE CONTATO | | |  | | | | | | | | | |
| 8 – ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO | | |  | | | | | | | | | |
| 9 - CIDADE | | |  | | | | | 10 - ESTADO | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | |
| 1 - PREENCHER UM REQUERIMENTO PARA CADA CANDIDATO.  2 – OS EXAMES PERICIAIS SÓ PODERÃO SER REALIZADOS NO ENDEREÇO CADASTRADO. | | | | | | | | | | | | |

REQUISITOS PARA CADASTRAMENTO

**1. Ser graduado em Medicina com registro no CRM há pelo menos 3 anos.**

**2. Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento expedido pelo município;**

**3. Cópia do certificado de aprovação do** Corpo de Bombeiros**, ou declaração de isenção de autorização (se for o caso), ou documento equivalente, de acordo com a legislação local.**

**4. Cópia da licença de funcionamento e sua revalidação para o ano do exercício expedida pelo órgão competente de** vigilância sanitária**, ou documento equivalente, de acordo com a legislação local. Pode ser aceito o protocolo da requisição.**