

INSTRUÇÃO SUPLEMENTAR – IS

IS Nº 67-002

Revisão A

Aprovação:	Portaria nº 1529/SSO, de 30 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União nº 150, S/1, pág. 3, de 3 de agosto de 2012.
Assunto:	Instruções para obtenção e revalidação de um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) Origem: SSO/GPNO

1. OBJETIVO

Oferecer procedimentos para obtenção e revalidação de um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) previsto no RBAC 67.

2. REVOGAÇÃO

Não há.

3. FUNDAMENTOS

- 3.1 A Resolução Nº 30, de 21 de maio de 2008, institui em seu art. 14, a Instrução Suplementar – IS, norma suplementar de caráter geral editada pelo Superintendente da área competente, objetivando esclarecer, detalhar e orientar a aplicação de requisito previsto em RBAC ou RBHA.
- 3.2 O administrado que pretenda, para qualquer finalidade, demonstrar o cumprimento de requisito previsto em RBAC ou RBHA, poderá:
- a) adotar os meios e procedimentos previamente especificados em IS; ou
 - b) apresentar meio ou procedimento alternativo devidamente justificado, exigindo-se, nesse caso, a análise e concordância expressa do órgão competente da ANAC.
- 3.3 O meio ou procedimento alternativo mencionado na alínea b do parágrafo anterior deve garantir nível de segurança igual ou superior ao estabelecido pelo requisito aplicável ou concretizar o objetivo do procedimento normalizado em IS.
- 3.4 A IS não pode criar novos requisitos ou contrariar requisitos estabelecidos em RBAC ou outro ato normativo.

4. DEFINIÇÕES

4.1 Para os efeitos desta IS, são válidas todas as definições contidas no RBAC 01, na seção 67.3 do RBAC 67.

4.2 Lista de abreviaturas (em ordem alfabética):

CEMAL: Centro de Medicina Aeroespacial. Entidade conveniada.

CMA: Certificado Médico Aeronáutico.

DIRSA: Diretoria de Saúde da Aeronáutica.

JES: Junta Especial de Saúde da Aeronáutica. Entidades conveniadas que incluem: AFA (Academia da Força Aérea), BACG (Base Aérea de Campo Grande), BAFZ (Base Aérea de Fortaleza), BANT (Base Aérea de Natal), BAPV (Base Aérea de Porto Velho), BASV (Base Aérea de Salvador), CEMAL, CINDACTA II (Centro Integrado de Defesa Aérea e Controle de Tráfego Aéreo), EEAR (Escola de Especialistas da Aeronáutica), EPCAR (Escola Preparatória de Cadetes do Ar), GIA – CTA (Grupamento de Infra-estrutura e Apoio de São José dos Campos – Comando Geral de Tecnologia Aeroespacial), HABE (Hospital da Aeronáutica de Belém), HACO (Hospital da Aeronáutica de Canoas), HAMN (Hospital da Aeronáutica de Manaus), HFAB (Hospital da Aeronáutica de Brasília), HARF (Hospital da Aeronáutica de Recife), HASP (Hospital da Aeronáutica de São Paulo), PAMA LS (Parque de Material Aeronáutico de Lagoa Santa).

JSS: Junta Superior de Saúde da Aeronáutica. Vinculada a Diretoria de Saúde da Aeronáutica, entidade conveniada.

5. PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DE UM CMA

5.1 O candidato que desejar ser examinado para obter um CMA deve possuir um Código ANAC, que deve ser solicitado por meio do endereço eletrônico: <https://sistemas.anac.gov.br/habilitacao/AgendamentoServicoPublico.do>, clicando no link “Solicitar Código ANAC”.

5.2 Em posse de seu Código ANAC, o candidato deve verificar qual a classe de CMA apropriada para o tipo de licença que possui (ou pretende possuir), se 1ª, 2ª ou 4ª classe.

5.3 O candidato deve observar os seguintes critérios, em consonância com os parágrafos 67.45(a) e (b) do RBAC 67:

a) CMA de 1ª classe só podem ser emitidos por CLC e JES; e

b) CMA de 2ª e 4ª classes podem ser emitidos por MC, CLC e JES.

5.4 Os endereços e telefones dos examinadores estão listados no endereço eletrônico: <http://www2.anac.gov.br/habilitacao/inspecaoSaude.asp>.

- 5.5 A ANAC não regula os preços que os examinadores cobram para a realização dos exames de saúde periciais e emissão do CMA, e pode haver diferenças entre eles. O candidato, no entanto, é livre para escolher o examinador que lhe oferecer as melhores condições, observando-se os critérios do item 5.3 desta IS.
- 5.6 Pode ser necessário agendar o exame com antecedência. É recomendável que o candidato entre em contato com o examinador a fim de saber se precisa agendar a data do exame.
- 5.7 De acordo com o parágrafo 67.11(a)(2) do RBAC 67, o candidato a obtenção de um CMA deve apresentar, no momento do exame, documento de identificação oficial, com foto, válido no território nacional.
- 5.8 A fim de cumprir o estabelecido nos parágrafos 67.71(d), 67.111(d) e 67.191(d) do RBAC 67, o candidato deve preencher por completo e assinar o Termo de Responsabilidade e Formulário de Antecedentes Médicos, cujo modelo se encontra no Apêndice A desta IS, que será fornecido pelo examinador antes da realização do exame de saúde pericial. O candidato deve observar o seguinte:
- a) a prestação de informações falsas sujeitará o candidato às sanções previstas na Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986 (CBA) e demais providências cabíveis; e
 - b) o candidato deve informar a situação de seu CMA atual, se houver, e demais informações relevantes para o exame de saúde pericial;
 - c) caso o CMA pretendido seja de 2ª Classe, o candidato deve informar no Termo se desejará atuar como piloto ou não, pois há critérios diferenciados para o julgamento de pilotos e não-pilotos.
- 5.9 Após a realização do exame de saúde pericial, e em caso de julgamento “apto” por parte do examinador, o candidato deve conferir no endereço eletrônico <http://www2.anac.gov.br/consultasdelicencias/consultas2.asp> se seu CMA está atualizado com as informações corretas dois dias úteis do término do exame de saúde. Caso haja alguma discordância, o candidato deve entrar em contato com o examinador para solucionar a discrepância.
- 5.10 É de total responsabilidade do candidato portador de um CMA ainda válido, que deseje revalidar, de agendar o seu novo exame de saúde pericial em tempo hábil antes que o seu CMA anterior perca a validade, tendo-se em vista o disposto no parágrafo 67.15(e)(2) do RBAC 67 e o disposto nos itens 5.6 e 5.9 desta IS, e de outros eventuais imprevistos que possam ocorrer.

6. PROCEDIMENTOS EM CASOS DE JULGAMENTO “NÃO APTO”

- 6.1 Após a realização do exame de saúde pericial, e em caso de julgamento “não apto”:
- a) se possível, o candidato deve sanar a causa geradora do julgamento “não apto”, retornar ao mesmo examinador para um segundo exame de saúde pericial e demonstrar

que a causa da não aptidão não mais existe;

b) caso o candidato não concorde com a decisão do examinador, ele pode, a seu critério, requerer um novo julgamento em grau de recurso em primeira instância, ao CEMAL, a suas expensas; ou

c) se o julgamento “não apto” foi exarado pelo próprio CEMAL, o candidato deve requerer novo julgamento na JSS, na DIRSA, a suas expensas.

7. EXAMES APÓS ACIDENTE OU INCIDENTE AERONÁUTICO GRAVE

7.1 Caso um indivíduo detentor de um CMA tome parte em acidente ou incidente aeronáutico grave, conforme classificação do CENIPA, seu CMA será suspenso, em conformidade ao parágrafo 67.17(a)(1) do RBAC 67. A suspensão se dará assim que a ANAC for informada do acidente ou incidente aeronáutico grave de forma oficial.

7.2 Assim que informada, a ANAC entrará em contato com o indivíduo para gerar o encaminhamento ao local de sua preferência, respeitando as atribuições do examinador de acordo com o item 5.3 desta IS.

7.3 O indivíduo deverá informar ao examinador que seu CMA foi suspenso por motivo de <acidente> ou <incidente aeronáutico grave> e que deseja revalidá-lo.

7.4 No Termo de Responsabilidade e Formulário de Antecedentes Médicos, cujo modelo encontra-se no Apêndice A desta IS, o candidato deverá informar, no campo específico, se houve colisão ou parada brusca da aeronave.

8. APÊNDICE

APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 Os casos omissos serão dirimidos pela SSO.

9.2 Esta IS entra em vigor na data de sua publicação.

APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar

atualizado em 30/07/2012

	TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (PARTE 1/2)	
	Instruções: este formulário deve ser preenchido pelos candidatos a um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) a caneta e assinado antes da realização do exame médico.	

I. Identificação

1. Nome:

2. Código ANAC:

3. CPF:

4. Sexo: ☐ M ☐ F

5. Data de Nascimento: / /

6. Endereço:

7. Telefone:

8. E-mail:

II. Informações sobre Certificado Médico Aeronáutico (CMA)1. CMA pretendido: ☐ 1ª Classe ☐ 2ª Classe ☐ 4ª Classe2. Tipo: ☐ Inicial ☐ Revalidação☐ Pós acidente/incidente graveApenas para 2ª classe: Pretende atuar como piloto? ☐ Sim ☐ NãoParada brusca ou colisão da aeronave? ☐ Sim ☐ Não3. Já fez exame médico para obter CMA (ou CCF)? ☐ Sim ☐ Não

Local do último exame: _____

Data: / /

Julgamento: ☐ Apto ☐ Apto com Restrição ☐ Não apto

Liste as restrições e limitações (se houver):

4. Já teve seu CMA (ou CCF) negado ou suspenso: ☐ Sim ☐ Não

Qual examinador? _____

Motivo:

III. Informações sobre a atividade aérea (apenas para revalidação)

1. Empregador / Tipo de Operação:

2. Horas de voo:

3. Horas de voo nos últimos 6 meses:

4. Já sofreu acidente ou incidente aeronáutico grave: ☐ Sim ☐ Não Quando:**IV. Uso de remédios**Faz uso de remédios atualmente (prescritos ou não)? ☐ Sim ☐ Não

Listar nome, dosagem e frequência:

V. Uso de tabaco

Faz uso de tabaco?

☐ Nunca☐ Anteriormente Data em que cessou o uso:☐ Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número cigarros/dia):**VI. Uso de álcool**

*dose ~ 14g de álcool (40ml de bebida destilada ~ 140ml vinho de mesa ~ 340ml (uma lata) de cerveja)

Faz uso de álcool?

☐ Nunca☐ Anteriormente Data em que cessou o uso:☐ Atualmente Há quanto tempo, quantidade e frequência (número de doses/semana):

Origem: SSO/GPNO



Caso falte espaço para inserir os dados, preencher folha complementar

atualizado em 30/07/2012

	TERMO DE RESPONSABILIDADE E FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS (PARTE 2/2)
	Instruções: este formulário deve ser preenchido pelos candidatos a um Certificado Médico Aeronáutico (CMA) a caneta e assinado antes da realização do exame médico.

VII. Histórico médico e geral

Responda *sim* ou *não* se você tem ou já teve algum dos problemas abaixo ou se enquadra na condição. As perguntas respondidas afirmativamente podem ser comentadas no campo observações, se já foram relatadas em exames anteriores e estiverem estáveis desde então.

	Sim	Não		Sim	Não
1. Doença ou cirurgia nos olhos			20. Problemas psicológicos ou psiquiátricos de qualquer natureza		
2. Uso de óculos e lentes de contato			21. Uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas		
3. Mudou a prescrição dos óculos ou lentes desde o último exame			22. Intenção ou tentativa de suicídio		
4. Rinite alérgica e outras alergias			23. Enjôo por movimento requerendo medicação		
5. Asma ou doença pulmonar			24. Internação em hospital		
6. Doença cardíaca ou vascular			25. Consultas médicas desde o último exame		
7. Pressão arterial alta			Histórico Familiar		
8. Pressão arterial baixa			26. Doença cardíaca		
9. Pedra nos rins ou sangue ou proteína na urina			27. Pressão alta		
10. Diabetes ou doença hormonal			28. Colesterol alto		
11. Doença no estômago, fígado ou intestino			29. Epilepsia		
12. Surdez ou doença no ouvido			30. Doença mental		
13. Doença no nariz, ouvido			31. Diabetes		
14. Problema de fala			32. Tuberculose		
15. Lesão na cabeça			33. Alergia; asma; eczema		
16. Dores de cabeça frequentes ou fortes			Apenas para sexo feminino		
17. Tonturas ou desmaios			34. Transtornos ginecológicos		
18. Perda de consciência por qualquer razão			35. Gravidez atual		
19. Problemas neurológicos, derrame, epilepsia, convulsão, paralisia, etc.					
36. Observações:					
37. Já sofreu cirurgia(s)? ☐ Sim ☐ Não Especificar:					

VIII. Declaração do Candidato

Declaro ter avaliado cuidadosamente as afirmativas acima e tê-las respondido verdadeiramente. Declaro, ainda, não ter ocultado informações relevantes ou produzido afirmativas falsas. Declaro estar ciente de que pode haver penalidades administrativas e legais advindas de declarações falsas.

Local-----
Data-----
Assinatura**IX. Declaração do Médico**

Eu declaro ter pessoalmente analisado o histórico médico deste candidato e o examinado.

Local-----
Data-----
Assinatura