

COMUNICADO

NÚMERO: C128_01_v1

DATA: 14/02/2017

Atestados Médicos para a Carta de Condução Atualização de modelos

O Código da Estrada impõe que os condutores e os candidatos a condutor disponham da necessária aptidão física, mental e psicológica para exercerem com segurança a condução de veículos a motor.

Na sequência da implementação da medida SIMPLEX “Carta sobre Rodas” e no sentido de facilitar a sua operacionalização, são atualizados os modelos e os conteúdos do relatório de avaliação física e mental dos condutores e candidatos a condutores, do atestado médico a emitir após aquela avaliação, do relatório de avaliação psicológica e respetivo certificado da avaliação, tal como determina o artigo 26.º do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir.

O Despacho Conjunto do Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT, I.P.) e da Direção-Geral da Saúde, em anexo, aprova os referidos modelos e estabelece que o atestado médico necessário para a emissão e revalidação do título de condução é emitido e transmitido eletronicamente entre a Saúde e o IMT, I.P. a partir de 1 de abril de 2017, quer para os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, quer para os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado e social.

Esclarecimentos adicionais em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/cartas-de-conducao.aspx> ou através do endereço cartasconducao@dgs.min-saude.pt.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Despacho Conjunto

O Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 44/2005, de 23 de fevereiro, 113/2008, de 1 de julho, 113/2009, de 18 de maio e 138/2012, de 5 de julho e pelas Leis n.ºs 78/2009, de 13 de agosto, e 46/2010, de 7 de setembro, 72/2013, de 3 de setembro e 116/2015, de 28 de agosto, impõe que os condutores e os candidatos a condutor disponham da necessária aptidão física, mental e psicológica para exercerem com segurança a condução de veículos a motor.

Os anexos V e VI do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir (RHLC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 37/2014, de 14 de março e 40/2016, de 29 de julho, fixam os novos requisitos mínimos de aptidão física, mental e psicológica, exigidos aos candidatos e condutores.

Na sequência da implementação da medida SIMPLEX “Carta sobre Rodas”, e no sentido de facilitar a sua operacionalização, são atualizados os modelos e os conteúdos do relatório de avaliação física e mental dos condutores e candidatos a condutores, do atestado médico a emitir após aquela avaliação, do relatório de avaliação psicológica e respetivo certificado da avaliação, tal como determina o artigo 26.º do RHLC.

Assim, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 26.º do RHLC, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterados pelos Decretos-Lei n.ºs 37/2014, de 14 de março e 40/2016, de 29 de julho, determina-se:

1.º - São aprovados o modelo e o conteúdo do *Relatório de Avaliação da Aptidão Física e Mental* a que se refere o n.º 1 do artigo 26º do RHLC, que obedecem ao fixado no anexo I do presente despacho, do qual faz parte integrante.

2.º - É aprovado o modelo e o conteúdo do *Atestado Médico* referido no n.º 1 do artigo 26º do RHLC, de acordo com o constante do anexo II do presente despacho, de que é parte integrante.

3.º - São aprovados o modelo e o conteúdo do *Relatório de Avaliação Psicológica* a que se refere o n.º 2 do artigo 26º do RHLC, que obedecem ao fixado no anexo III do presente despacho, do qual faz parte integrante.

4.º - É aprovado o modelo do *Certificado de Avaliação Psicológica* referido no n.º 2 do artigo 26º do RHLC, constante do anexo IV do presente despacho, de que é parte integrante.

5.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Física e Mental* e do *Atestado Médico* são exclusivos da Direção-Geral da Saúde (DGS).

6.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Psicológica* e o *Certificado de Avaliação Psicológica* são exclusivos do Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT, I.P.).

7.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Física e Mental* e do *Atestado Médico*, bem como os do *Relatório de Avaliação Psicológica* e do *Certificado de Avaliação Psicológica* podem ser obtidos *online* nas páginas eletrónicas do IMT, I.P. e da DGS.

8.º - De acordo com o artigo 10º, do Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho, e o art.º 14.º-A, do RHLC, o atestado médico necessário para a emissão e revalidação do título de condução é emitido e transmitido eletronicamente entre a Saúde e o IMT, I.P., sendo igualmente acordados o conjunto de dados a transmitir.

9.º - A desmaterialização prevista no artigo anterior terá início a 1 de abril de 2017, quer para os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, quer para os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado e social.

10.º. Logo que seja disponibilizada a plataforma eletrónica do IMT, I.P., o registo do *Certificado de Avaliação Psicológica* passa a ser diretamente efetuado na referida plataforma eletrónica pelos psicólogos que o subscreverem.

11.º O original do *Relatório de Avaliação Psicológica*, acompanhado dos originais dos testes efetuados e respetivos resultados, devem ser conservados, pelo período de, pelo menos, dois anos pelo psicólogo que os subscrever.

12.º - A conservação do documento referido no número 11.º pode, em alternativa, ser efetuada em suporte informático digital que não permita a alteração dos dados gravados.

13.º - Os médicos e os psicólogos devem avaliar os candidatos a condutor e condutores de acordo com as disposições legais, regulamentares e técnicas que disciplinam a avaliação da aptidão física, mental e psicológica para o exercício da condução de veículos a motor, constantes, respetivamente dos anexos V e VI do RHLC.

14.º Sempre que o atestado médico ou o certificado de avaliação psicológica mencionem o resultado de “INAPTO”, o médico ou o psicólogo que tenha efetuado avaliação do candidato ou condutor devem entregar-lhe cópia do respetivo relatório, para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 32.º do RHLC, quando solicitado.

15.º Até ao dia 1 de abril de 2017, o atestado médico e o certificado de avaliação psicológica que não sejam emitidos por junta médica, por autoridade de saúde, pelo IMT, I.P. ou por entidade por este designada, devem conter a vinheta do médico ou do psicólogo que os subscrever.

16.º Enquanto não for possível a transmissão eletrónica do atestado médico para o IMT, o original do atestado médico e do relatório de *Avaliação Física e Mental* devem ser emitidos em papel, devendo este último ser conservado pelo médico que o subscreveu, durante os períodos estabelecidos na Portaria n.º 247/2000, de 8 de maio.

Lisboa, 3 de fevereiro de 2017

O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto
da Mobilidade e dos Transportes, I.P.

O Diretor-Geral da Saúde

ANEXO I

MINISTÉRIO DA SAÚDE DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

EXAME MÉDICO DE CONDUTORES OU CANDIDATOS A CONDUTORES DE VEÍCULOS A MOTOR

(artigo 26.º n.º1 do RHLC)

1ª PARTE – A PREENCHER PELO INTERESSADO

IDENTIFICAÇÃO

(Nome do condutor ou candidato) _____

residente em _____, _____ - _____

_____, nascido a ____/____/_____, natural de _____, portador do documento de identificação _____,

com o nº _____ e válido até ____/____/_____, com o NIF _____ e da carta/licença de condução de veículos automóveis da(s)

categoria(s) _____, com o nº _____, declara por este meio que sofre ou já sofreu de:

Doenças da visão	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Deficiência auditiva	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Doenças dos membros	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Doenças da coluna vertebral	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Doenças cardiovasculares	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Diabetes <i>mellitus</i>	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Medicado? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Epilepsia	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Perturbações mentais	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.....	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Doenças neurológicas	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Dependências (drogas, álcool, medicamentos ou outras)	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____
Transplantes de órgão ou implante artificial.....	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Especifique _____
Outras doenças ou deficiências .	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Quais? _____

(Data e assinatura) ____ / ____ / ____ _____

Visão

Acuidade Visual

Acuidade visual olho direito: Sem correção Com correção ___/ 10

Acuidade visual olho esquerdo: Sem correção Com correção ___/ 10

Acuidade visual dois olhos: Sem correção Com correção ___/ 10

Visão não corrigida em cada um dos olhos é superior a 0.5/10:..... Sim Não

Visão Monocular

Perda de visão num dos olhos por um período:..... ≥ 6 meses
 < 6 meses

Diplopia

Utente sofre de diplopia:..... Sim Não
Se sim, especifique: ≥ 6 meses < 6 meses

Campo Visual e Visão Periférica

Apresenta alterações do campo visual ou da visão periférica:.... Sim Não

Visão das Cores

Acromatopsia¹: Sim Não Protanopia²: Sim Não

Visão crepuscular

Apresenta alterações da visão crepuscular (hemeralopia³ ou visão mesópica⁴ e/ou escópica⁵):..... Sim Não

Doença Oftalmológica Progressiva

Outra doença oftalmológica progressiva detetada: Sim Não

Se apresenta visão monocular, diplopia, alteração do campo visual ou visão periférica e/ou doença oftalmológica progressiva, tem parecer de oftalmologista favorável para a condução:..... Sim Não

¹ Transtorno da visão para cores;

² Transtorno da visão para a cor vermelha

³ Cegueira noturna

⁴ Alteração da visão com baixa luminosidade

⁵ Alteração da visão na iluminação crepuscular

Audição

- Apresenta perturbações na audição: Sim Não
- Surdez profunda: Sim Não
- Parecer de otorrinolaringologista favorável para a condução⁶: ... Sim Não

Aparelho de Locomoção

Membros

- Apresenta afeções ou anomalias do sistema de locomoção que comprometam a segurança rodoviária: Sim Não
- Apresenta deformidades segmentares/articulares ou alteração na mobilidade que provoque incapacidade funcional: Sim Não
- Amputação ou paralisia dos membros superiores:
- Sim, num dos membros Sim, nos dois membros Não
- Anomalia/deformidade das mãos:
- Sim, com função de presa mantida Não
- Sim, sem função de presa mantida
- Amputação ou paralisia dos membros inferiores: Sim Não
- Parecer de médico especialista favorável para a condução:..... Sim Não

Coluna Vertebral

- Apresenta deformidades ou alterações da mobilidade: Sim Não
- Alterações da mobilidade da coluna cervical :
- Sim, consegue olhar sobre ombro Não
- Sim, mas não consegue olhar sobre o ombro
- Alterações da coluna vertebral com paraplegia: Sim Não

Doenças

Doenças Cardiovasculares

- Doenças cardiovasculares graves que provoquem alteração súbita das funções cerebrais (problemas graves do ritmo cardíaco, angina de peito que se manifesta em repouso ou na emoção ou insuficiência cardíaca grave): Sim Não

⁶ Parecer ORL obrigatório para surdez profunda no Grupo 1 e/ou para deficit auditivo no Grupo 2

Tem outras situações cardiovasculares (e.g. antecedentes de enfarte do miocárdio, anomalias da tensão arterial, angioplastia ou bypass coronário, valvulopatia, malformações vasculares ou insuficiência cardíaca ligeira ou moderada): Sim Não

Solicitado parecer para a condução de médico especialista:
 Sim, sendo o parecer favorável Não
 Sim, sendo o parecer desfavorável

Diabetes mellitus

Utente tem diabetes *mellitus* sob terapêutica farmacológica:..... Sim Não

Bom controlo metabólico e adequada educação terapêutica e autocontrolo: Sim Não

Apresentou episódio de hipoglicémia grave nos 12 meses anteriores e/ou outras complicações associadas à diabetes: Sim Não

Solicitado parecer para a condução de médico assistente/especialista:
 Sim, sendo o parecer favorável Não
 Sim, sendo o parecer desfavorável

Doenças Neurológicas

Doenças neurológicas graves: Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:..... Sim Não

Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Apresenta SAOS com sonolência diurna excessiva: Sim Não

Especifique: Leve (I A/H ≤ 15)
 Moderada a Grave (I A/H > 15)

Existe controlo e tratamento adequado da afeção: Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução: Sim Não

Epilepsia

Tem epilepsia:..... Sim Não

Parecer de médico neurologista favorável para a condução: Sim Não

Perturbações Mentais

Perturbações mentais congénitas ou adquiridas, incompatíveis com a condução:.....

Sim Não

Insuficiência Renal

Insuficiência renal grave (utente em programa de diálise):.....

Sim Não

Parecer de médico nefrologista favorável para a condução:.....

Sim Não

Transplantes

Utente submetido a transplante de órgãos ou implante artificial:

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Disposições diversas

Outras afeções ou doenças não mencionadas nos pontos anteriores suscetíveis de constituir ou provocar uma incapacidade funcional que compromete a segurança rodoviária:.....

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Hábitos

Álcool

Dependência ou consumo abusivo de álcool:

Sim Não

Antecedência de dependência de álcool:

Sim Não

Em abstinência há: <6meses ≥6meses e <1ano

≥1ano

Parecer de médico de psiquiatria favorável para a condução:.....

Sim Não

Drogas e/ou Medicamentos

Dependência ou consumo abusivo de drogas e/ou medicamentos:.....

Sim Não

Consumo regular de substâncias psicotrópicas ou medicamentos suscetíveis de comprometer a aptidão para a condução:.....

Sim Não

Parecer de médico da especialidade competente favorável para a condução:

Sim Não

Outras Situações

Foram solicitados outros exames complementares ou avaliação psicológica:

Sim Não

Quais? _____

Resultado favorável do exame ou avaliação psicológica:

.....

Sim Não

Observações:

PARECER DO MÉDICO:

APTO SEM RESTRIÇÕES para as categorias: _____

APTO COM RESTRIÇÕES para as categorias: _____

Especifique as restrições: _____

INAPTO PARA A CONDUÇÃO para as categorias: _____

CAUSA(S) PARA A INAPTIDÃO _____

Vinheta Local
Prescrição

Data de emissão: ____/____/____

Assinatura do Médico

Vinheta Médico

ANEXO II

MINISTÉRIO DA SAÚDE DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO (artigo 26.º n.º 1 do RHLC)

(Nome) _____,
Médico portador da Cédula Profissional n.º _____,
Autoridade de Saúde em _____ ou,
Presidente de Junta Médica da Região de Saúde de _____

Atesta que:

(Nome) _____,
residente em _____,
nascido a ___ / ___ / ___, natural de _____, portador do documento de
identificação _____ com o N.º _____ e válido até ___ / ___ / ___,
com o NIF _____ e da carta/licença de condução com o n.º _____.

Está (Apto ou Inapto) _____ para a condução de veículos da(s) seguinte(s)
categoria(s) do grupo 1: _____

Está (Apto ou Inapto) _____ para a condução de veículos da(s) seguinte(s)
categoria(s) do grupo 2: _____

Com as seguintes restrições e/ou adaptações (se aplicável):

Observações:

Vinheta Local
Prescrição

Data de emissão: ___ / ___ / ___

Assinatura

Vinheta Médico

3. Dados relativos à condução automóvel

Experiência: Não Sim ⇒ n.º anos _____ n.º km no último ano _____

Condutor profissional (motorista, examinador, instrutor): Não Sim ⇒ Qual? _____

Contraordenações (coimas): Não Sim ⇒ Motivos (últimos 5 anos) _____

Crimes rodoviários: Não Sim ⇒ Motivos (últimos 5 anos) _____

Apreensão do título: Não Sim ⇒ Quantas vezes? Motivos _____

Caducidade e cancelamento de títulos de condução: Não Sim ⇒ Quantas vezes?

Motivos _____

Acidentes como condutor: Não Sim ⇒ Últimos 5 anos 2 anos Com vítimas: feridos ligeiros
feridos graves mortes

Avaliações psicológicas anteriores: Não Sim ⇒ Quantas? Resultado: Apto Inapto

(Data e assinatura) ____/____/____

2ª Parte (a preencher pelo Psicólogo)

1. Pedido/Determinação da avaliação: _____

2. Motivo da avaliação: _____

3. Finalidade da avaliação: _____

Conductor Grupo 1 Grupo 2 Certificado Profissional _____

Candidato Grupo 1 Grupo 2 Certificado Profissional _____

4. Resultados da Avaliação Psicológica

(Registo e análise de resultados obtidos com recurso a informações processuais, instrumentos de avaliação e entrevista psicológica, determinantes para a fundamentação do parecer psicológico)

4.1. Área Perceptivo-cognitiva

Aptidão/Competência		Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Quadro I	Inteligência				Todos acima do percentil 16, e maioria acima do percentil 25 <input type="checkbox"/>
	Atenção e concentração				
	Estimação do movimento				Maioria acima do percentil 20 <input type="checkbox"/>
Quadro II	Memória				Maioria acima do percentil 16 <input type="checkbox"/>
	Integração perceptiva				Crítérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>

4.2. Área Psicomotora

Aptidões e competências		Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Quadro I	Coordenação bimanual				Todos acima do percentil 16, e maioria acima do percentil 25 <input type="checkbox"/>
	Reações de escolha				
	Reações múltiplas e discriminativas				Maioria acima do percentil 20 <input type="checkbox"/>
Quadro II	Resistência vigilante à monotonia				Maioria acima do percentil 16 <input type="checkbox"/>
	Segurança gestual				
	Destreza manual				Crítérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>
	Capacidade multitarefa				

4.3. Área Psicossocial

Aptidões e competências	Testes*/ Entrevista	Variáveis	Resultados (quantitativos e/ou qualitativos)	Avaliação	
Maturidade psicológica e responsabilidade				Inadequadas	<input type="checkbox"/>
				Adequadas	<input type="checkbox"/>
Estabilidade emocional				Inadequada	<input type="checkbox"/>
				Adequada	<input type="checkbox"/>
Despiste psicopatológico				Com perturbação incompatível	<input type="checkbox"/>
				Sem perturbação incompatível	<input type="checkbox"/>
Atitudes e comportamentos de risco face à segurança no tráfego				Inadequadas	<input type="checkbox"/>
				Adequadas	<input type="checkbox"/>
Competências sociais				Inadequadas	<input type="checkbox"/>
				Adequadas	<input type="checkbox"/>

* Testes aferidos e validados para a população portuguesa e adequados para a avaliação das aptidões e competências referidas na legislação em vigor.

5. Entrevista psicológica

(Dados clínicos, relativos à condução e sobre o funcionamento cognitivo, psicopatologia e competências sociais)

6. Fundamentação do Parecer Psicológico

7. Parecer			
Grupo 1		Grupo 2	
Apto	Categorias	Apto	Categorias
Inapto	Categorias	Inapto	Categorias
Restrições*/Adaptações* _____			

Causas de inaptidão**:			
1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: n.º 1, alíneas, a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>			
2 - Área Psicossocial: n.º 2, alíneas: a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/> f) <input type="checkbox"/> g) <input type="checkbox"/>			
* Códigos harmonizados da União Europeia e códigos nacionais de restrições e adaptações, fixados na Secção B do Anexo I ao Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 37/2014, de 14 de março e pelo Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho.			
** Causas de inaptidão estabelecidas no n.º 1, alíneas a), b) e c), e no n.º 2, alíneas a), b), c), d), e), f), e g), da Secção III do Anexo VI, ao Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 37/2014, de 14 de março e pelo Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho.			

Local e data _____, ____/____/____

O Psicólogo

(Cédula profissional n.º _____, validade ____ / ____ / _____)

ANEXO IV

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO E DAS INFRAESTRUTURAS
INSTITUTO DA MOBILIDADE E DOS TRANSPORTES, I.P.

CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
(artigo 26.º n.º 2 do RHLC)

(Nome) _____,

Psicólogo titular da Cédula Profissional n.º _____ ou,

Responsável pelo Laboratório de Psicologia do IMT, I.P., ou,

Responsável de entidade designada pelo IMT, I.P. _____

Situado em _____

_____-_____-_____-_____-_____-_____

Certifica que _____,

residente em _____,

_____-_____-_____-_____-_____-_____

portador do BI/CC n.º _____, emitido por _____ e

da carta/licença de condução n.º _____, emitida por _____,

para as categorias _____, válidas até ___ de _____ de _____ para o Grupo 1 e

até ___ de _____ de _____ para o Grupo 2,

Está **APTO** para conduzir veículos do Grupo 1, das categorias _____;

veículos do Grupo 2, das categorias _____.

Com as seguintes restrições e/ou adaptações – usar os códigos de restrições previstos na secção B do anexo I ao Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir (RHLC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 37/2014, de 14 de março e pelo Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho _____

É considerado **INAPTO**, por não atingir os níveis mínimos fixados nas alíneas _____ do n.º 1 e/ou nas alíneas _____ do n.º 2, da secção III (Inaptidão) do Anexo VI do RHLC, para a condução de veículos a motor.

Observações: _____

_____, de _____ de 2 _____.

Assinatura _____

Vinheta

