

## **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.

Torna-se, deste modo, necessário atualizar o modelo e os conteúdos do relatório de avaliação física e mental dos condutores e do atestado médico a emitir após aquela avaliação, bem como os modelos e conteúdos 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 Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir (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 26.º 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 26.º 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 da *Internet* do IMT, I.P. e da DGS.

8.º - De acordo com os artigos 14.º-A e 10º do Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho, o atestado médico necessário para a emissão e revalidação do título de condução é emitido e transmitido eletronicamente, sendo acordado com o IMT os dados a transmitir, em conformidade com o disposto no n.º 4 do art.º 26.º do RHLC:

- a) Pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, integrados no Serviço Nacional de Saúde a partir de 2 de janeiro de 2017;
- b) Pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado e social a partir de 1 de abril de 2017.

9.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 subscrever.

10.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.

11.º - A conservação do documento referido no número 10.º pode, em alternativa, ser efetuada em suporte informático digital que não permita a alteração dos dados gravados.

12.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.

13.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.

14.º O atestado médico e o certificado de avaliação psicológica que não sejam emitidos por junta médica, pelo IMT, I.P. ou por entidade por este designada, devem conter a vinheta do médico ou do psicólogo que os subscrever.

15.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, 8 de setembro de 2016

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

A potência das lentes excede +/- 6 dioptrias: .....  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**

Campo visual superior ou igual a 120º no plano horizontal, com uma extensão mínima a 50º à direita e à esquerda e de 20º superior e inferior: .....  Sim  Não

### **Visão das Cores**

Acromatopsia<sup>1</sup>:  Sim  Não      Protanopia<sup>2</sup>:  Sim  Não

### **Visão crepuscular**

Apresenta alteração da hemeraltopia<sup>3</sup> ou visão mesópica<sup>4</sup> e/ou escópica<sup>5</sup>:  Sim  
 Não

### **Doença Oftalmológica Progressiva**

Outra doença oftalmológica progressiva detetada: .....  Sim  Não

<sup>1</sup> Transtorno da visão para cores;

<sup>2</sup> Transtorno da visão para a cor vermelha

<sup>3</sup> Cegueira noturna

<sup>4</sup> Alteração da visão com baixa luminosidade

<sup>5</sup> Alteração da visão na iluminação crepuscular

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

### **Audição**

Deficit auditivo: .....  Sim  Não

Surdez profunda: .....  Sim  Não

Precisa audiograma tonal ou parecer de otorrinolaringologista:  Sim  Não

Parecer favorável para a condução de otorrinolaringologista: ...  Sim  Não

### **Membros/Aparelho de Locomoção**

#### **Incapacidade dos Membros e Membros Artificiais**

Detetadas afeções ou anomalias do sistema de locomoção que comprometam a segurança rodoviária: .....  Sim  Não

Tem lesões e/ou deformidades dos membros ou do aparelho de locomoção que provocam incapacidade funcional:.....  Sim  Não

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

Amputação ou paralisção dos membros superiores:

Sim, num dos membros  Sim, nos dois membros  Não

Anomalia ou deformidade das mãos: .....  Sim  Não

Os polegares estão íntegros, com suficiente oponência (com função de presa em cada mão): .....  Sim  Não

Amputação membros inferiores: .....  Sim  Não

#### **Incapacidades da Coluna Vertebral**

Incapacidade grave da coluna vertebral: .....  Sim  Não

Incapacidade ao nível de vertebrae cervicais (incapacidade de olhar sobre o ombro): .....  Sim  Não

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

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

Parecer favorável para a condução de médico especialista: .....  Sim  Não

### **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

Parecer favorável para a condução de médico assistente/especialista:.....  Sim  Não

### **Doenças Neurológicas**

Doenças neurológicas graves: .....  Sim  Não

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

### **Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)**

Apresenta SAOS com sonolência diurna excessiva: .....  Sim  Não

Especifique:  Leve (I A/H  $\leq 15$ )  
 Moderada a Grave (I A/H  $> 15$ )

Existe controlo e tratamento adequado da afeção: .....  Sim  Não

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

### **Epilepsia**

Tem epilepsia:.....  Sim  Não

Parecer favorável para a condução de médico neurologista: .....  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 peritoneal ou hemodiálise):.....  Sim  Não

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

### **Transplantes**

Utente submetido a transplante de órgãos ou implante artificial  Sim  Não

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



(Data e assinatura) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 2ª Parte (a preencher pelo Psicólogo)

1. **Pedido/Determinação da avaliação:** \_\_\_\_\_

2. **Motivo da avaliação:** \_\_\_\_\_

3. **Finalidade da avaliação:** \_\_\_\_\_

Condutor 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 de percentil 25 <input type="checkbox"/>
	Atenção e concentração				Maioria acima de percentil 20 <input type="checkbox"/>
	Estimação do movimento				Maioria acima de percentil 16 <input type="checkbox"/>
Quadro II	Memória				Critérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>
	Integração perceptiva				

#### 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 de percentil 25 <input type="checkbox"/>
	Reações de escolha				Maioria acima de percentil 20 <input type="checkbox"/>
	Reações múltiplas e discriminativas				Maioria acima de percentil 16 <input type="checkbox"/>
Quadro II	Resistência vigilante à monotonia				Critérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>
	Segurança gestual				
	Destreza manual				
	Capacidade multitarefa				

#### 4.3 – Área Psicossocial

Aptidões e competências	Testes*/ Entrevista	Variáveis	Resultados (quantitativos 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		
<b>Apto</b>	<input type="checkbox"/>	Categorias	<b>Apto</b>	<input type="checkbox"/>	Categorias
<b>Inapto</b>	<input type="checkbox"/>	Categorias	<b>Inapto</b>	<input type="checkbox"/>	Categorias
Restrições*/Adaptações* _____					
<b>Causas de inaptidão**:</b>					
1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: nº 1, alíneas, <b>a)</b> <input type="checkbox"/> <b>b)</b> <input type="checkbox"/> <b>c)</b> <input type="checkbox"/>					
2 - Psicossocial: nº 2, alíneas: <b>a)</b> <input type="checkbox"/> <b>b)</b> <input type="checkbox"/> <b>c)</b> <input type="checkbox"/> <b>d)</b> <input type="checkbox"/> <b>e)</b> <input type="checkbox"/> <b>f)</b> <input type="checkbox"/> <b>g)</b> <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 nº 138/2012 de 5 de Julho.					
** Causas de inaptidão estabelecidas no nº 1, alíneas a), b) e c), e, no nº 2, alíneas a), b), c), d), e), f), e g), da Secção II do Anexo VI, ao Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, aprovado pelo Decreto-lei nº 138/2012 de 5 de Julho.					

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Psicólogo

\_\_\_\_\_

(Cédula profissional nº \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

