

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

Acromatopsia¹: Sim Não

Protanopia²: Sim Não

Visão crepuscular

Apresenta alteração da hemeraltopia³ ou visão mesópica⁴ e/ou escópica⁵: Sim

Não

Doença Oftalmológica Progressiva

Outra doença oftalmológica progressiva detetada: 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

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 ≤ 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		
Apto		Categorias	Apto		Categorias
Inapto		Categorias	Inapto		Categorias
Restrições*/Adaptações* _____					
Causas de inaptidão**:					
1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: nº 1, alíneas, a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>					
2 - Psicossocial: nº 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 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 ____/____/____)

