

## **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**

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

### **Visão crepuscular**

Apresenta alterações da visão crepuscular (hemeralopia<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

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

<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

### **Audição**

- Apresenta perturbações na audição: .....  Sim  Não
- Surdez profunda: .....  Sim  Não
- Parecer de otorrinolaringologista favorável para a condução<sup>6</sup>: ...  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

---

<sup>6</sup> 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  $\leq 15$ )  
 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	
<b>Apto</b>	Categorias	<b>Apto</b>	Categorias
<b>Inapto</b>	Categorias	<b>Inapto</b>	Categorias
Restrições*/Adaptações* _____ _____ _____			
<b>Causas de inaptidão**:</b>			
1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: n.º 1, alíneas, <b>a)</b> <input type="checkbox"/> <b>b)</b> <input type="checkbox"/> <b>c)</b> <input type="checkbox"/>			
2 - Área Psicossocial: n.º 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 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

