



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

(artigo 26.º n.º 1 do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir)

### 1.ª PARTE – A PREENCHER PELO INTERESSADO

#### IDENTIFICAÇÃO

(Nome do condutor ou candidato) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, 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 de veículos automóveis da(s) categoria(s)  
\_\_\_\_\_, com o n.º \_\_\_\_\_, 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<br>do Sono.....                  | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> |                                                                     |
| Doenças neurológicas.....                                      | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Quais? _____                                                        |
| Dependências (drogas, álcool,<br>medicamentos ou outras) ..... | Não <input type="checkbox"/> | Sim <input type="checkbox"/> | Quais? _____                                                        |
| Transplantes de órgão ou<br>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) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

## 2.ª PARTE - A PREENCHER PELO MÉDICO

### 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 vertebra 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