



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 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) ___/___/_____ _____

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

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 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



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

ATESTADO MÉDICO

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

(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 do Médico

Vinheta Médico