Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

# EXAME MÉDICO DE CONDUTORES OU CANDIDATOS A CONDUTORES DE VEÍCULOS A MOTOR
**(artigo 26.º n.º 1 do RHLC)**

## 1.ª PARTE - A PREENCHER PELO INTERESSADO

**IDENTIFICAÇÃO**

(Nome) _____, residente em _____, |__|__|__|__|-|__|__|__| _____, portador do Bilhete de Identidade n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|, emitido pelos Serviços de Identificação Civil de _____, em ____ de _____ de _____, e da carta/licença de condução de veículos automóveis da(s) categoria(s) _____, com o número |__|__|__|__|__|__|__|__|__|.

**Antecedentes pessoais (doenças, deficiências, etc)**

Sofre ou já sofreu (padece ou já padeceu) de:

Doenças da visão: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Deficiência auditiva: ..... ☐ Não ☐ Sim
Doenças dos membros: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Doenças da coluna vertebral: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Doenças cardiovasculares: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Diabetes Mellitus: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ De que tipo? - _____
Doenças neurológicas: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Dependências: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____
Insuficiência Renal: ..... ☐ Não ☐ Sim
Outras doenças ou deficiências: ..... ☐ Não ☐ Sim ⇨ Quais? - _____

(Data e assinatura) ___ /___/_____ _____

## 2.ª PARTE – A PREENCHER PELOS MÉDICOS

### VISÃO

Acuidade visual sem correção: …… Olho direito - _ / 10 Olho esquerdo - _/10

Acuidade visual com correção: …… Olho direito - _ / 10 Olho esquerdo - _/10

Campo visual: …… Olho direito - _____º Olho esquerdo - _____º

Diplopia: ……□ Não □ Sim Nistagmo: ……□ Não □ Sim

Inflamações crónicas: …… □ Não □ Sim

Visão das cores: ……. □ Normal □ Alterada ⇨ _____

Outras perturbações da visão: …… □ Não □ Sim ⇨ _____

Compatíveis com a condução:……□ Incompatíveis com a condução: ……□

### AUDIÇÃO

Perturbações da audição: …… □ Não □ Sim ⇨ _____

Compatíveis com a condução: ……□ Incompatíveis com a condução: ……□

### MEMBROS / APARELHO DE LOCOMOÇÃO

**MEMBROS SUPERIORES**

Deformidades segmentares ou articulares: □ Não □ Sim ⇨ _____

_____

Movimentos conservados: □ Sim □ Não ⇨ _____

_____

**MEMBROS INFERIORES**

Deformidades segmentares ou articulares: □ Não □ Sim ⇨ _____

_____

Movimentos conservados: □ Sim □ Não ⇨ _____

_____

**COLUNA VERTEBRAL**

Deformidades segmentares ou articulares: □ Não □ Sim ⇨ _____

_____

Movimentos conservados: □ Sim □ Não ⇨ _____

_____

Compatíveis com a condução: ……□ Incompatíveis com a condução: ……□

### DOENÇAS CARDIO-VASCULARES

Coronariopatias: …… □ Não □ Sim ⇨_____

Perturbação do ritmo: …… □ Não □ Sim ⇨ _____

Valvulopatia: …… □ Não □ Sim ⇨_____

Insuficiência cardíaca: ……. □ Não □ Sim ⇨_____

Pressão arterial elevada: …… □ Não □ Sim ⇨ _____

Controlada? …… □ Não □ Sim

Outra patologia cardiovascular: …….. □ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**DIABETES MELLITUS**

□ Não □ Sim ⇨ Tipo I □ Tipo II □

Controlada: …….. □ Sim □ Não ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**DOENÇAS NEUROLÓGICAS**

Epilepsia: …… □ Não □ Sim ⇨ _____

Síndrome vertiginosa: ……. □ Não □ Sim ⇨ _____

Outra patologia neurológica: ……. □ Não □ Sim ⇨ _____

_____

**PERTURBAÇÕES MENTAIS**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatíveis com a condução: ……□ Incompatíveis com a condução: ……□

**HÁBITOS ALCOÓLICOS**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatíveis com a condução: ……□ Incompatíveis com a condução: ……□

**DEPENDÊNCIAS DE DROGAS OU MEDICAMENTOS**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatíveis com a condução: ……□ Incompatíveis com a condução: ……□

**INSUFICIÊNCIA RENAL**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

Transplante renal: ……□ Não □ Sim ⇨ (Ano) _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**OUTRAS SITUAÇÕES DIGNAS DE REGISTO**

**DOENÇA HEMATOLÓGICA**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**DOENÇA ONCOLÓGICA**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**PERTURBAÇÃO DO SONO**

□ Não □ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……□ Incompatível com a condução: ……□

**OUTRAS SITUAÇÕES QUE POSSAM INTERFERIR COM A CONDUÇÃO**

☐ Não ☐ Sim ⇨ _____

Compatível com a condução: ……☐ Incompatível com a condução: ……☐

**Observações:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**PARECER DO MÉDICO:**

☐ **APTO SEM RESTRIÇÕES**

☐ **APTO COM RESTRIÇÕES: Quais? _____**

_____

☐ **INAPTO PARA A CONDUÇÃO**

**Causa(s) para a inaptidão _____**

_____

Data _____, _____ de _____ de 2_____

O Médico (Assinatura)

_____