

**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) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_