

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

(artigo 26.º n.º 2 do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir)

Avaliação Psicológica de Condutores ou de Candidatos a Condutores de Veículos a Motor

Entidade/Psicólogo _____	Processo _____
	Data exame _____

1ª Parte (a preencher pelo examinando)

1. Identificação pessoal
Nome _____ Idade _____
Residência _____ Código pessoal _____
Nacionalidade _____ Naturalidade _____
Contactos: Tel. _____ Email _____
BI/CC. nº _____ Emitido em _____ até _____
NIF _____ Habitação Escolar _____
Título de condução nº _____ Categorias _____
Validade Grupo 1 _____ Restrições/Adaptações _____
Validade Grupo 2 _____
2. Dados clínicos
Problemas de visão: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Problemas de audição: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Limitações dos membros: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Limitações da coluna vertebral: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Limitações do sistema nervoso: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Outro(s) problema(s) de saúde: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
Consumo de medicamentos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
_____ Quantidade/dia? _____
Dependências (Ex: álcool e drogas): Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____

Consumo de bebidas alcoólicas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
_____ Quantidade/dia? _____
Consumo de drogas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____
_____ Frequência: Diária <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/>

3. Dados relativos à condução automóvel

Experiência: Não Sim N° anos _____ n° km no último ano _____

Conductor 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 Percetivo-cognitiva

Aptidões e competências		Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Quadro I	Inteligência				Todos acima de percentil 16, e maioria acima de percentil 25 <input type="checkbox"/> Maioria acima de percentil 20 <input type="checkbox"/> Maioria acima de percentil 16 <input type="checkbox"/>
	Atenção e concentração				
	Estimação do movimento				
Quadro II	Memória				Critérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>
	Integração percetiva				

4.2. Área Psicomotora

Aptidões e competências		Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Quadro I	Coordenação bimanual				Todos acima de percentil 16, e maioria acima de percentil 25 <input type="checkbox"/> Maioria acima de percentil 20 <input type="checkbox"/> Maioria acima de percentil 16 <input type="checkbox"/>
	Reações de escolha				
	Reações múltiplas e discriminativas				
Quadro II	Resistência vigilante à monotonia				Critérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>
	Segurança gestual				
	Destreza manual				
	Capacidade multitarefa				

4.3. Área Psicossocial

Aptidões e competências	Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Maturidade psicológica e responsabilidade				Inadequadas <input type="checkbox"/> Adequadas <input type="checkbox"/>
Estabilidade emocional				Inadequadas <input type="checkbox"/> Adequadas <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		
Apto		Categorias	Apto		Categorias
Inapto		Categorias	Inapto		Categorias

Restrições*/Adaptações* _____

Causas de inaptidão:**

1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: n.º 1, alíneas, a) b) c)

2 - Área Psicossocial: n.º 2, alíneas: a) b) c) d) e) f) g)

* 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.

** 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 II do Anexo VI, ao Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho.

Local e data _____, ____/____/____

O Psicólogo

(Cédula profissional n.º _____, validade ____/____/____)