

Polícia de Segurança Pública e Direção-Geral da Saúde

Despacho conjunto

A Lei n.º 34/2013, de 16 de maio, alterada e republicada pela Lei n.º 46/2019, de 8 de julho, estabelece o regime do exercício da atividade de segurança privada e as medidas de segurança a adotar por entidades públicas ou privadas, com vista a prevenir a prática de crimes.

São requisitos específicos de admissão e permanência na profissão de segurança privado, nos termos do n.º 7 do artigo 22.º, possuir as condições mínimas de aptidão física, mental e psicológica exigidas para o exercício das suas funções que constam dos anexos I e II da referida Lei e que dela fazem parte integrante. Nestes termos, o candidato à profissão de segurança privado que não possua as condições mínimas de aptidão constantes dos referidos anexos não é aprovado em avaliação médica e psicológica.

Determina, ainda, o n.º 2 do artigo 24.º do referido diploma legal, que os modelos e conteúdos do relatório de avaliação física e mental e do atestado médico, e os modelos e conteúdos do relatório de avaliação psicológica e do certificado de avaliação psicológica, são aprovados por despacho conjunto do diretor nacional da Polícia de Segurança Pública e do diretor-geral da Saúde.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 24.º da Lei n.º 34/2013, de 16 de maio, na sua redação atual, determina-se:

1 – São aprovados os seguintes modelos e conteúdos, a que se refere o n.º 2 do artigo 24.º da Lei n.º 34/2013, de 16 de maio, na sua redação atual:

- a) do relatório de avaliação física e mental, de acordo com o constante do anexo I do presente despacho, do qual faz parte integrante.
- b) do atestado médico, de acordo com o constante do anexo II do presente despacho, do qual faz parte integrante.
- c) do relatório de avaliação psicológica, de acordo com o constante do anexo III do presente despacho, do qual faz parte integrante.
- d) do certificado de avaliação psicológica, de acordo com o constante do anexo IV do presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 – Os modelos do relatório e atestado médico relativos à avaliação física e mental, bem como os modelos do relatório e certificado da avaliação psicológica, são exclusivos da Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública e da Direção-Geral da Saúde.

3 – Os Anexos I a IV do presente despacho são destacáveis e contêm os logótipos da Polícia de Segurança Pública e da Direção-Geral da Saúde em início de página, disponíveis ao público através das respetivas páginas institucionais.

4 – Os médicos do trabalho e os psicólogos devem avaliar os candidatos à profissão de segurança privado de acordo com as disposições legais, regulamentares e técnicas determinantes da rigorosa avaliação da aptidão física, mental e psicológica.

5 – Os documentos emitidos pelos médicos do trabalho e pelos psicólogos devem ser conservados, nos termos do disposto no artigo 4.º da Portaria n.º 319/2013, de 24 de outubro.

6 – Os psicólogos devem entregar ao examinando cópia do relatório e do certificado de avaliação psicológica, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 10.º da Portaria n.º 319/2013, de 24 de outubro.

7 – O relatório e certificado de avaliação psicológica têm a validade de seis meses.

8 – Iniciado o funcionamento do Sistema Integrado de Gestão da Segurança Privada, o atestado médico e o certificado de avaliação psicológica são submetidos por via eletrónica, no referido sistema informático, pelos médicos do trabalho e psicólogos que os subscreverem.

9 – Até à entrada em funcionamento do sistema informático indicado no número anterior, os médicos do trabalho e os psicólogos enviam diretamente os referidos documentos à Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública, autenticados com a respetiva vinheta e carimbo, quando for o caso.

20 de maio de 2021. – O Diretor Nacional da Polícia de Segurança Pública, *Manuel Augusto Magina da Silva*, Superintendente-Chefe. A Diretora-Geral da Saúde, *Maria da Graça Gregório de Freitas*.

DIREÇÃO NACIONAL DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FÍSICA E MENTAL

1. Identificação Pessoal

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - ____ Idade: ____ anos Género: _____

Residência: _____

Código Postal: ____ - ____ _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Contactos:

Telemóvel: _____ Telefone: _____ Email: _____

BI/CC/Pass. N.º: _____

Emitido em: ____ - ____ - ____ Válido até: ____ - ____ - ____

NIF: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Centro de Saúde (UCSP / USF): _____

Médico(a) de Família / Assistente: _____

2. Avaliação Física e Mental

2.1 Pedido/ Motivo da avaliação

Avaliação Reavaliação Recurso da decisão

2.2 Finalidade da avaliação:

Obtenção do cartão profissional Renovação do cartão profissional

3. Anamnese e Avaliação Física e Mental

3.1 História familiar

a) Doenças hereditárias: Sim
Não

Quais? _____ _____	
b) Doenças cardiovasculares e diabetes: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
c) Doenças neurológicas: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
d) Doenças mentais: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
e) Outras: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3.2 História médica e cirúrgica progressa	
a) Internamentos hospitalares: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
b) Cirurgias, traumatismos e fraturas: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sequelas: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
c) Doenças profissionais e acidentes de trabalho: Quais? _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

d) Alergias (medicamentosas e outras):

Sim

Quais?

Não

d) Vacinação:

Vacina antitetânica atualizada:

Sim

Não

Vacina antihepatite B:

Sim

Não

3.3 Hábitos

a) Tabágicos

Sim

Unidades maço/ano: _____

Não

b) Consumo de bebidas alcoólicas

Sim

Gramas de álcool/dia: _____

Não

AUDIT-C:

Critérios de dependência:

Sim

Não

Seguimento especializado:

Sim

Qual?

Não

c) Outros (especificar):

Critérios de dependência:

Sim

Não

Seguimento especializado:

Sim

Qual?

Não

3.4 História medicamentosa e dispositivos médicos implantados

3.5 Robustez física:

Altura: _____

Peso: _____

IMC: _____

Robustez física:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3.6 Visão:	
Doenças da visão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais?	

Correção ótica:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual?	

Acuidade visual (escala de <i>Snellen</i>)	
Binocular (s/ correção) / Binocular (c/ correção)	
Direita (s/ correção) / Direita (c/ correção)	
Esquerda (s/ correção) / Esquerda (c/ correção)	
Campos visuais (campimetria por confrontação)	
Normal:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Visão das cores (teste de <i>Ishihara</i>)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Normal:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Diplopia:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nistagmo:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Outros dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais?	

Parecer do médico(a) oftalmologista (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

3.7 Audição

Doenças da audição: Sim

Quais? Não

Correção auditiva:

Qual? Sim

Não

Acuidade auditiva (teste do relógio e/ou teste da voz ciciada) (com correção, se aplicável)

Direita: Normal: Sim

Não

Esquerda: Normal: Sim

Não

Outros dados semiológicos relevantes:

Quais? Sim

Não

Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):

Quais? Sim

Não

Parecer do médico(a) otorrinolaringologista (se aplicável):

Sim

Não

3.8 Doenças cardiovasculares

Doenças: Sim

Não

- Hipertensão Arterial: Sim

Não

- Doença Coronária: Sim

Não

- Insuficiência Cardíaca: Sim

Não

- Cardiopatia Estrutural: Sim

Não

- Arritmias: Sim

Não

- Hipertensão Pulmonar: Sim

Não

- Trombose Venosa:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Embolia Pulmonar:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Aneurismas:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Doença Arterial Periférica:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Acidente Vascular Cerebral:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Outras:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
_____	Sim <input type="checkbox"/>
_____	Não <input type="checkbox"/>
Pressão arterial: _____ (valor)	
Frequência cardíaca: _____ (valor)	Sim <input type="checkbox"/>
Pulso: Regular:	Não <input type="checkbox"/>
Auscultação cardíaca: Normal:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Sopros cervicais:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Sopros abdominais:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Pulsos dos membros inferiores: Amplos e simétricos:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Outros dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
_____	Sim <input type="checkbox"/>
_____	Não <input type="checkbox"/>
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
_____	Não <input type="checkbox"/>

3.9 Diabetes, doenças endocrinológicas e metabólicas	
Doenças:	Sim <input type="checkbox"/>
- Diabetes:	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>
- Dislipidemia:	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>

- Outras:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
Avaliação de retinopatia diabética (se aplicável):	
Sinais de neuropatia diabética:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Outros dados semiológicos relevantes:	
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
HbA1c: _____ (valor)	
Colesterol LDL: _____ (valor)	
Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
3.10 Doenças respiratórias	
Doenças:	Sim <input type="checkbox"/>
- Asma:	Não <input type="checkbox"/>
- DPOC:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Doença do Interstício Pulmonar:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
- Apneia do Sono:	Sim <input type="checkbox"/>
- Outras Doenças do Sono:	Não <input type="checkbox"/>
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
- Outras:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>

Quais? <hr/> <hr/>	
Hipersonolência diurna (escala de <i>Epworth</i> modificada):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Auscultação pulmonar: normal:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Outros dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais? <hr/> <hr/>	
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais? <hr/> <hr/>	
Parecer do médico(a) assistente (se aplicável): <hr/> <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3.11 Doenças gastrointestinais e hepáticas	
Doenças:	
- Doença inflamatória intestinal:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Doença hepática:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Outras:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quais? <hr/> <hr/>	
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	
Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Não <input type="checkbox"/>
3.12 Doenças genitourinárias	
Doenças:	Sim <input type="checkbox"/>
- Insuficiência renal:	Não <input type="checkbox"/>
- Diálise:	Sim <input type="checkbox"/>
- Outras:	Não <input type="checkbox"/>
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	Não <input type="checkbox"/>
Dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>	
Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Não <input type="checkbox"/>
3.13 Doenças neurológicas	
Doenças	Sim <input type="checkbox"/>
- Afasia:	Não <input type="checkbox"/>
- Epilepsia:	Sim <input type="checkbox"/>
- Demência:	Não <input type="checkbox"/>
- Doenças desmielinizantes:	Sim <input type="checkbox"/>
- Doenças do movimento (extrapiramidais):	Não <input type="checkbox"/>
- Doenças neuromusculares:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>

- Mielites ou neuropatias:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Aneurismas intracranianos:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Outras:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Linguagem: Normal:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Nervos cranianos: Normais:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Força muscular: Normal:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Reflexos osteotendinosos: Normais:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Sensibilidade: Normal:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Ataxia:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Marcha: Normal:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Movimentos involuntários:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Outros dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
Quais?	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
3.14 Doenças osteoarticulares e locomoção	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Osteoartrite / Osteoartrose:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Espondilartrose:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>

- Discopatia:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Artropatia:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Doenças Autoimunes:	Sim <input type="checkbox"/>
	Não <input type="checkbox"/>
- Outras:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>
_____	Sim <input type="checkbox"/>
_____	Não <input type="checkbox"/>
Amputações:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

Deformidade articular:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

Outros dados semiológicos relevantes:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):	Sim <input type="checkbox"/>
_____	Não <input type="checkbox"/>

3.15 Doenças oncológicas	
Doenças:	
- Neoplasia benigna:	Sim <input type="checkbox"/>
Quais?	Não <input type="checkbox"/>

- Neoplasia maligna: Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dados semiológicos relevantes: Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável): Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Parecer do médico(a) assistente (se aplicável): <hr/> <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3.16 Doenças do sangue e hematopoiese	
Doenças: - Anemia: - Falência medular: - Leucemias / Linfoma: - Imunodeficiências: - Outras: Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dados semiológicos relevantes: Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Exames complementares de diagnóstico (se aplicável): Quais? <hr/> <hr/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):

Sim

Não

3.17 Doenças infecciosas

Doenças:

- Tuberculose:

Sim

Não

Ativa:

Sim

Em tratamento:

Não

Tratada:

Sim

Não

Data: ___ - ___ - _____

Sim

Não

Observações _____

- Outras:

Sim

Quais?

Não

Dados semiológicos relevantes:

Sim

Quais?

Não

Exames complementares de diagnóstico (se aplicável):

Sim

Quais?

Não

Parecer do médico(a) assistente (se aplicável):

Sim

Não

3.18 Perturbações mentais

Perturbações mentais:

Sim

Não

Quais?

As seguintes perguntas de rastreio podem ser formuladas diretamente ao(à) candidato(a) e exploradas de acordo com o considerado necessário para a presente avaliação.

a) Nos últimos dois anos sofreu de alguma perturbação mental, emocional ou doença nervosa ou frequentou consultas de psiquiatria? Sim
Não

Registar os dados relevantes:

b) Nos últimos dois anos foi internado/a num serviço de psiquiatria? Sim
Não

Registar os dados relevantes:

c) Alguma vez na sua vida foi internado/a num serviço de psiquiatria contra o seu desejo ou vontade (designado internamento compulsivo, ao abrigo da Lei de Saúde Mental – 36/98 de 24 de Julho, art.º 12º ou 22º)? Sim
Não

Registar os dados relevantes:

d) Alguma vez na vida cometeu um facto típico e ilícito (que poderia ser apreciado como um crime se fosse considerado imputável) e o Tribunal considerou-o inimputável em razão de anomalia psíquica (perturbação mental) (art.º 20 do Código Penal)? Sim
Não

Registar os dados relevantes:

Parecer do médico(a) psiquiatra (se aplicável): Sim
Não

3.19 Outras Inaptidões:

Quais? Sim
Não

4. Conclusão

Apto

Inapto

Fundamentação:

Observações:

Local e data: _____, ____ - ____ - ____

O/A Médico/a

(Cédula Profissional n.º _____, válida até ____ - ____ - ____)

Recomendações

Anamnese e Exame Físico

A anamnese, elaborada segundo as leges artis, deve ser completa e dirigida à identificação de sintomas diretos e indiretos das patologias que possam condicionar o exercício profissional da atividade de segurança privada. Atendendo às especificidades da atividade profissional devem ainda ser avaliados, o risco de dependência alcoólica (com base no questionário AUDIT-C), o consumo de tabaco, a hipersonolência diurna (com base na Escala de Epworth Modificada), e a vacinação.

O exame físico deve ser completo e dirigido à identificação de sinais das principais patologias que possam condicionar o exercício profissional da atividade de segurança privada, de acordo com o Anexo I da Lei n.º 34/2013, de 16 de maio, na sua redação atual, e com a Tabela de Inaptidões.

Exames Complementares de Diagnóstico e Relatórios Clínicos

Os dados clínicos da anamnese e exame físico podem ser confrontados e integrados, sempre que clinicamente justificado e/ou solicitado pelo(a) Médico(a) do Trabalho, com relatórios de médicos de outras especialidades e exames complementares de diagnóstico. Para este fim recomenda-se que o(a) candidato(a) à profissão de segurança privada, aquando da avaliação da aptidão física e mental, seja portador dos resultados de exames complementares de diagnóstico que tenha realizado nos últimos seis meses.

Se durante a avaliação médica for suspeita a existência de patologia não documentada previamente deverá proceder-se à avaliação médica dirigida a essa suspeita, fora do contexto da Medicina do Trabalho, e o(a) candidato(a) poderá ser reavaliado(a) após 120 dias, em função dos resultados dessa avaliação.

Anexo II

DIREÇÃO NACIONAL DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

1. Identificação Médico(a) de Medicina do Trabalho

Nome: _____

Cédula Profissional n.º _____

Atesta que o(a) examinando(a), candidato(a) à profissão de segurança privado:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - ____ Idade: ____ anos Género: _____

Residência: _____

Código Postal: ____ - ____ _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Contactos:

Telemóvel: _____ Telefone: _____ Email: _____

BI/CC/Pass. N.º: _____

Emitido em: ____ - ____ - ____ Válido até: ____ - ____ - ____

NIF: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Centro de Saúde (UCSP / USF): _____

Médico(a) de Família / Assistente: _____

Está: **Apto** **Inapto** para o exercício da profissão de segurança privado.

Observações:

Data: ____ - ____ - ____

Assinatura

(Aposição de vinheta)

DIREÇÃO NACIONAL DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Psicólogo(a) _____	Processo: _____ / _____
Entidade _____	Data da avaliação: ____ - ____ - _____

1. Identificação Pessoal do Examinando

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - _____ Idade: ____ anos Género: _____

Residência: _____

Código Postal: ____ - ____ _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Contactos:

Telemóvel: _____ Telefone: _____

Email: _____

BI/CC/Pass. N.º: _____

Emitido em: ____ - ____ - _____ Válido até: ____ - ____ - _____

NIF: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

2. Avaliação Psicológica

2.1 Pedido / Motivo da avaliação:

Avaliação Reavaliação Recurso da decisão

2.2 Finalidade da avaliação:

Obtenção do cartão profissional Renovação do cartão profissional

3. Resultado Final

3.1 Resultado Final:

Apto **Inapto**

3.2 Se apto, tem restrições à funcionalidade: Não Sim

Quais?

3.3 Se inapto - motivo(s) da inaptidão:

4. Resultados da Avaliação Psicológica

4.1 Atitude durante a avaliação psicológica:

Colaborante e investida

Colaborante mas com baixa motivação

Pouco colaborante e com baixa motivação

Outra (especificar)

4.2 Funções psicomotoras

Alterações no controlo psicomotor: Sim Não

Alterações na qualidade das funções psicomotoras: Sim Não

Se houver alterações, descrever:

4.3 Funções mentais (Área perceptivo-cognitiva)				
Dimensões e Competências	Instrumentos de avaliação	Dimensões específicas *	Resultados	Apreciação final
Funções intelectuais (Inteligência)				Todos os resultados superiores ao percentil 25 <input type="checkbox"/>
Funções da atenção		Velocidade de processamento Atenção sustentada		Todos os resultados superiores ao percentil 16 e pelo menos 50% superiores ao percentil 25 <input type="checkbox"/>
Funções da memória		Memória de trabalho		Critérios mínimos não atingidos relativamente à finalidade da avaliação <input type="checkbox"/>

*Indicar todas as dimensões específicas avaliadas

4.4 Área psicossocial					
Dimensões	Instrumentos de avaliação	Dimensões específicas	Resultados (qualitativos ou quantitativos)	Apreciação final	
Maturidade psicológica e responsabilidade				Adequada	<input type="checkbox"/>
				Inadequada	<input type="checkbox"/>
Estabilidade emocional				Adequada	<input type="checkbox"/>
				Inadequada	<input type="checkbox"/>
Despiste psicopatológico				Sem evidência de psicopatologia	<input type="checkbox"/>
				Com sinais psicopatológicos	<input type="checkbox"/>

Atitudes e comportamentos de risco face à segurança no trabalho				Adequadas	<input type="checkbox"/>
				Inadequadas	<input type="checkbox"/>
Competências sociais				Adequadas	<input type="checkbox"/>
				Inadequadas	<input type="checkbox"/>

5. Entrevista Psicológica

(Referir elementos recolhidos na entrevista – ver recomendações para entrevista psicológica – com relevância para a avaliação psicológica, centrada na funcionalidade para a atividade de segurança privada).

6. Fundamentação das Conclusões da Avaliação Psicológica

Local e data: _____ , _____ - _____ - _____

O/A Psicólogo/a

(Cédula Profissional n.º _____ , válida até ____ - ____ - _____)

Recomendações

A entrevista psicológica individual será realizada tipicamente após a obtenção dos resultados dos testes, de modo a facilitar a compreensão e contextualização dos dados obtidos naqueles, permitir confirmar ou clarificar as dúvidas que estes possam suscitar e aumentar a quantidade e qualidade da informação relevante sobre o(a) candidato(a).

A entrevista psicológica individual, não terapêutica, tem por finalidade recolher elementos relativos ao(à) candidato(a), nomeadamente informações de natureza biográfica e de funcionamento psicológico, em áreas consideradas relevantes para a análise compreensiva do sujeito no âmbito da avaliação psicológica, tida como um todo, para o contexto específico da atividade de segurança privada.

Entrevista Psicológica:

- *História familiar e desenvolvimento infantil e juvenil (e.g. atraso no desenvolvimento, crueldade para animais na infância, acontecimentos traumáticos precoces).*
- *Percurso académico (e.g. existência de problemas comportamentais ou disciplinares).*
- *Percurso profissional (e.g. estabilidade no trabalho, relação com hierarquias e colegas).*
- *História de uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).*
- *História de tratamento psicológico ou médico(a)-psiquiátrico prévio ou atual (e.g. valorar impacto de psicofármacos nos resultados dos testes).*
- *História social e relacional e tipo de relações estabelecidas (e.g. estabilidade dos vínculos relacionais).*
- *Antecedentes forenses relevantes (e.g. existência de comportamentos de delinquência).*
- *Autoavaliação das características de funcionamento psicológico (e.g. avaliar o insight).*
- *Elementos do temperamento e personalidade relevantes para o exercício das funções.*
- *Objetivos profissionais, motivação e expectativas no exercício das funções a que se candidata.*
- *Na observação, durante a entrevista, atentar a aspetos relevantes, tais como alterações do estado mental (e.g. consciência, atenção, concentração, orientação, percepção, pensamento, memória, linguagem, afetos e humor, ideação suicida, funções da energia e dos impulsos, psicomotricidade).*

DIREÇÃO NACIONAL DA POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

1. Identificação do/a Psicólogo/a

Nome: _____

Cédula Profissional n.º _____

Entidade: _____

Situada em: _____

Registada com o n.º _____ e com o NIF _____

Certifica que o(a) examinando(a), candidato(a) à profissão de segurança privado:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - ____ Idade: ____ anos Género: _____

Residência: _____

Código Postal: ____ - ____ _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Contactos:

Telemóvel: _____ Telefone: _____ Email: _____

BI/CC/Pass. N.º: _____

Emitido em: ____ - ____ - ____ Válido até: ____ - ____ - ____

NIF: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Centro de Saúde (UCSP / USF): _____

Médico(a) de Família / Assistente: _____

Está: **Apto** **Inapto** para o exercício da profissão de segurança privado.

Observações:

Data: ____ - ____ - ____

Assinatura

(Aposição de vinheta e carimbo da Entidade)