

**Anexo V**  
**Minuta de Ordem de Serviço Peritos Médicos**  
**DATA E HORÁRIO**  
**ORDEN DE SERVIÇO/AGENDAMENTO DO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL**

**DADOS DO REQUERENTE**

CLIENTE:

DATA DE

NASCIMENTO:

IDENTIDADE:

CPF:

SEXO:

**DADOS DO PROCESSO**

FORM RENACH:

CATEGORIA:

DUA:

PROTOCOLO:

ATIVIDADE  
REMUNERADA:

NOVA CATEGORIA:

**DADOS DO PERITO**

PERITO:

TIPO:

**DADOS DO AGENDAMENTO**

DATA:

HORA:

POSTO DE  
ATENDIMENTO:

SITUAÇÃO:

CLÍNICA:

ENDEREÇO:

**ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME É NECESSÁRIO IDENTIFICAR-SE BIOMETRICAMENTE NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO DETRAN. NA DATA AGENDADA, APRESENTAR-SE MUNIDO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, DO QUESTIONÁRIO PREENCHIDO E, CASO SE TRATE DE CATEGORIA "C", "D" OU "E", DO EXAME TOXICOLÓGICO ORIGINAL (VER OBSERVAÇÕES ABAIXO), BEM COMO, PARA SUA SEGURANÇA, ESTE COMPROVANTE DE AGENDAMENTO.**

**CURSOS**

**OBSERVAÇÕES**

\* Valor dos exames: Psicológico - R\$ 120,00.

\* No caso de beneficiado do Programa CNH SOCIAL o pagamento será feito pelo DETRAN/SE conforme normativa em vigor.

\* O valor dos honorários periciais referente aos serviços prestados pelos Peritos Médicos e Psicólogos credenciados ao DETRAN/SE deverá ser pago diretamente ao Perito Credenciado através dos meios de pagamento como: PIX, dinheiro, transferência bancária, cartão de débito, cartão de crédito e boleto, fornecendo-se recibo, em caso de prestador de serviço pessoa física, ou nota fiscal em caso de pessoa jurídica, independentemente de solicitação do usuário.

\* Atenção! Seu processo será paralisado caso o perito psicólogo no momento do exame, cadastre o resultado com uma validade inferior a 10 anos (máximo permitido por Lei) até que você acesse o serviço de 'ACEITAÇÃO OU NÃO DO RESULTADO DO EXAME PSICOLÓGICO' disponibilizado no acompanhamento do serviço (portal do Detran) para registrar se concorda com o posicionamento. Se aceito, o processo seguirá normalmente. Em caso de não aceite, você deverá procurar presencialmente o setor médico do DETRAN (CEMEP) e será cobrado o custo de uma nova avaliação.

\* Realize a coleta biométrica nas unidades de atendimento do Detran antes de se dirigir à clínica para realização do exame

\* Para todos os serviços requeridos por condutores habilitados nas categorias 'C', 'D' e 'E' ou os que estejam em processo de mudança para as categorias 'C', 'D' e 'E', com realização do exame de aptidão física e mental (exame médico), o requerente deverá submeter-se ao exame toxicológico (conforme Resolução do CONTRAN nº 923, de 28 de março de 2022), que deverá ser efetuado em qualquer clínica coletadora (ver site do Detran) conveniada aos laboratórios homologados pela SENATRAN.

\* Conforme Art. 10. § 1º - Resolução CONTRAN Nº 923, de 28 DE março de 2022: O exame de aptidão física e mental (médico) deve ser realizado no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data da coleta da amostra do exame toxicológico. A conclusão do processo de habilitação deverá ser feita no prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir da data da realização do exame médico.

\* Caso não seja possível o comparecimento(falta) à avaliação psicológica ou exame médico, será permitido efetuar o reagendamento após 48h do horário agendado na capital e após 15 dias no interior e, a partir da segunda vez, somente será permitido no agendamento após 96h na capital e 30 dias no interior (Art.51 do regulamento instituído pela portaria Detran 283 de 24/05/2017). ATENÇÃO: evite transtornos e efetue o cancelamento do agendamento com até 24h de antecedência

\* O atendimento será realizado por ordem de chegada dos agendados para cada bloco de hora, devendo chegar com 30 minutos de antecedência em relação ao horário inicial, sendo que a tolerância de chegada será de no máximo 15 minutos do horário inicial do agendamento

\* Qualquer reclamação ou sugestão, procurar a Ouvidoria. Fone: 3226-2072 e site: [www.ouvidoria.se.gov.br](http://www.ouvidoria.se.gov.br)

\* A duração da avaliação psicológica é em média 2 horas

\* Para a realização da avaliação psicológica o candidato/conductor deverá ter dormido bem à noite, estar alimentado e não ter ingerido bebida alcoólica nas últimas 48 horas

\* O candidato deve comparecer à clínica para o atendimento munido de lápis grafite nº 2 e caneta esferográfica azul ou preta, para uso pessoal e intransferível, a fim de evitar o contágio no compartilhamento de materiais.

## QUESTIONÁRIO

(Deverá ser preenchido e assinado para entregá-lo ao médico perito)

NOME:

NASCIMENTO:

SEXO:

CATEGORIA PRETENDIDA

AB

IDENTIDADE Nº:

CPF:

1) Você toma algum remédio, faz algum tratamento de saúde?

☐ Não

☐ Sim

2) Você tem alguma deficiência física?

☐ Não

☐ Sim

3) Você já sofreu de tonturas, desmaios, convulsões ou vertigens ?

☐ Não

☐ Sim

4) Você já necessitou de tratamento psiquiátrico?

☐ Não

☐ Sim

5) Você tem diabetes, epilepsia, doença cardíaca, neurológica, pulmonar ou outras?

☐ Não

☐ Sim

6) Você já foi operado?

☐ Não

☐ Sim

7) Você faz uso de drogas ilícitas?

☐ Não

☐ Sim

8) Você já sofreu acidente de trânsito?

☐ Não

☐ Sim

9) Você exerce atividade remunerada como condutor?

☐ Não

☐ Sim

Obs.: Constitui crime previsto no art.299, do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato sob Pena de Responsabilidade

OBSERVAÇÕES MÉDICAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Perito Responsável

CRM

### REBAIXAMENTO DE CATEGORIA DESIGNADA PELO MÉDICO PERITO ESTE QUADRO SOMENTE DEVE SER PREENCHIDO PELO PERITO, QUANDO FOR O CASO

Atesto para os devidos fins que XXXXXXXXXXXXXXXX portador(a) do RG nº XXXXXXXXXXXXX compareceu no horário agendado às XX:XXH para o exame de aptidão física e mental com a finalidade de ☐ renovação da CNH ☐ mudança de categoria ☐ adição de categoria, e pela conclusão da perícia médica ficou designado que sua habilitação como condutor de veículo automotor seja rebaixado para a categoria \_\_\_\_\_ por motivo: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Perito CRM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor (Ciência do rebaixamento)