

**INSTITUTO DA MOBILIDADE E DOS TRANSPORTES, I.P.**  
**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

**Despacho Conjunto**

O Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, alterado pelos Decretos-Lei n.ºs 44/2005, de 23 de fevereiro, 113/2008, de 1 de julho, 113/2009, de 18 de maio e 138/2012, de 5 de julho e pelas Leis n.ºs 78/2009, de 13 de agosto, e 46/2010, de 7 de setembro, impõe que os condutores e os candidatos a condutores disponham da necessária aptidão física, mental e psicológica para exercerem com segurança a condução de veículos a motor.

Os anexos V e VI do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, (RHLC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, fixam os novos requisitos mínimos de aptidão física, mental e psicológica, exigidos aos candidatos e condutores.

Torna-se, deste modo, necessário atualizar o modelo e os conteúdos do relatório de avaliação física e mental dos condutores e do atestado médico a emitir após aquela avaliação, bem como os modelos e conteúdos do relatório de avaliação psicológica e respetivo certificado da avaliação, tal como determina o artigo 26.º do RHLC.

Assim, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 26.º do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, (RHLC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, determina-se:

1.º - São aprovados o modelo e o conteúdo do *Relatório de Avaliação Física e Mental* a que se refere o n.º 1 do artigo 26º do RHLC, que obedecem ao fixado no anexo I do presente despacho, do qual faz parte integrante.

2.º - É aprovado o modelo e o conteúdo do *Atestado Médico* referido no n.º 1 do artigo 26º do RHLC, de acordo com o constante do anexo II do presente despacho, de que é parte integrante.

3.º - São aprovados o modelo e o conteúdo do *Relatório de Avaliação Psicológica* a que se refere o n.º 2 do artigo 26º do RHLC, que obedecem ao fixado no anexo III do presente despacho, do qual faz parte integrante.

4.º - É aprovado o modelo do *Certificado de Avaliação Psicológica* referido no n.º 2 do artigo 26º do RHLC, constante do anexo IV do presente despacho, de que é parte integrante.

5.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Física e Mental* e do *Atestado Médico* são exclusivos da Direcção-Geral da Saúde (DGS).

6.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Psicológica* e o *Certificado de Avaliação Psicológica* são exclusivos do Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P. (IMT, I.P.)

7.º - Os modelos do *Relatório de Avaliação Física e Mental* e do *Atestado Médico*, bem como os do *Relatório de Avaliação Psicológica* e do *Certificado de Avaliação Psicológica* podem ser obtidos *online* nas páginas da *Internet* do IMT, I.P. e da DGS.

8.º - Logo que seja disponibilizada a plataforma eletrónica do IMT, I.P., o registo do *Atestado Médico* e do *Certificado de Avaliação Psicológica* passa a ser diretamente efetuado na referida plataforma eletrónica pelos médicos e psicólogos que os subscreverem.

9.º - O original do *Relatório de Avaliação Física e Mental* deve ser conservado pelo médico que o subscrever, durante os períodos estabelecidos na Portaria n.º 247/2000, de 8 de maio.

10.º - Sempre que sejam efetuados exames complementares de diagnóstico, ou solicitados pareceres de especialidade médica, nos termos do n.º 3 do artigo 27.º do RHLC, os respetivos relatórios devem ser conservados, nos termos previstos no número anterior.

11.º - O original do *Relatório de Avaliação Psicológica*, acompanhado dos originais dos testes efetuados e respetivos resultados, devem ser conservados, pelo período de, pelo menos, dois anos pelo psicólogo que os subscrever.

12.º - A conservação dos documentos referida nos números 10.º e 11.º pode, em alternativa, ser efetuada em suporte informático digital que não permita a alteração dos dados gravados.

13.º - Os médicos e os psicólogos devem avaliar os candidatos a condutor e condutores de acordo com as disposições legais, regulamentares e técnicas que disciplinam a avaliação da aptidão física, mental e psicológica para o exercício da condução de veículos a motor, constantes, respetivamente dos anexos V e VI do RHLC.

14.º Sempre que o atestado médico ou o certificado de avaliação psicológica mencionem o resultado de "INAPTO", o médico ou o psicólogo que tenha efetuado avaliação do candidato ou condutor devem entregar-lhe cópia do respetivo relatório, para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 32.º do RHLC, quando solicitado.

15.º O atestado médico e o certificado de avaliação psicológica que não sejam emitidos por junta médica, pelo IMT, I.P. ou por entidade por este designada, devem conter a vinheta do médico ou do psicólogo que os subscrever.

Lisboa, 2 de novembro de 2012

O Presidente do Conselho Diretivo do Instituto  
da Mobilidade e dos Transportes, I.P.

O Diretor-Geral da Saúde

---

**ANEXO I**  
**Relatório da avaliação física e mental**  
**(artigo 26.º n.º 1 do RHLC)**

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

**EXAME MÉDICO DE CONDUTORES OU CANDIDATOS A  
CONDUTORES DE VEÍCULOS A MOTOR**

**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 correcção: ..... Olho direito - \_ / 10 Olho esquerdo - \_/10  
Acuidade visual com correcção: ..... Olho direito - \_ / 10 Olho esquerdo - \_/10  
Campo visual: ..... Olho direito - \_\_\_\_° Olho esquerdo - \_\_\_\_°  
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)

\_\_\_\_\_

**ANEXO II**  
**Modelo do Atestado Médico**  
**(artigo 26.º n.º 1 do RHLC)**

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

**ATESTADO MÉDICO**

(Nome) \_\_\_\_\_,  
Médico portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_ ou,  
Autoridade de Saúde em \_\_\_\_\_ ou,  
Presidente de Junta Médica da Região de Saúde de \_\_\_\_\_

Atesta que:

Nome \_\_\_\_\_,  
residente em \_\_\_\_\_,  
|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|, data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_,  
portador do BI/CCid. n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, emitido por \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e da carta/licença de condução com o número |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(Tem ou não tem) \_\_\_\_\_ aptidão física e mental para a condução de veículos do \_\_\_\_\_

Grupo 1  (\_\_\_\_\_)      Grupo 2  (\_\_\_\_\_)

Com as seguintes restrições e/ou adaptações (se aplicável)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

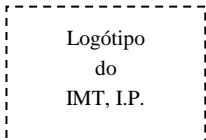
Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



**ANEXO III**

**Relatório de avaliação psicológica  
(artigo 26.º n.º 2 do RHLC)**



**MINISTÉRIO DA ECONOMIA E DO EMPREGO**  
INSTITUTO DA MOBILIDADE E DOS TRANSPORTES, I.P.

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

Entidade/Psicólogo	Processo         /
	Data exame       -       -

**1ª Parte** (a preencher pelo examinando)

<p><b>1. Identificação pessoal</b></p> <p>Nome _____ Idade        </p> <p>Residência _____ Código Postal         -        </p> <p>Nacionalidade _____ Naturalidade _____</p> <p>Contactos: Tel.                     ;                     E-mail                                            </p> <p>BI/CC. nº                     Emitido em     -     -         Até     -     -        </p> <p>NIF                     Habilitação escolar _____</p> <p>Título de condução nº                     Categorias _____</p> <p>Validade Grupo 1     -     -         Restrições/adaptações _____</p> <p>Validade Grupo 2     -     -         _____</p> <p><b>2. Dados clínicos</b></p> <p>Problemas de visão: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Problemas de audição: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais? _____</p> <p>Limitações dos membros: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Limitações da coluna vertebral: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Problemas do sistema nervoso: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Outro(s) problema(s) de saúde: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Consumo de medicamentos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____ Quantidade/dia? _____</p> <p>Dependências (ex., álcool e drogas): Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____</p> <p>Consumo de bebidas alcoólicas: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quais? _____ Quantidade/dia? _____</p> <p>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"/></p> <p><b>3. Dados relativos à condução automóvel</b></p> <p>Experiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ nº anos _____ nº km no último ano _____</p> <p>Condutor profissional (motorista, examinador, instrutor): Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Qual? _____</p> <p>Contraordenações (coimas): Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Motivos (últimos 5 anos) _____</p> <p>Crimes rodoviários: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Motivos (últimos 5 anos) _____</p> <p>Apreensão do título: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quantas vezes <input type="checkbox"/> Motivos _____</p> <p>Caducidade e cancelamento de títulos de condução: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quantas vezes <input type="checkbox"/> Motivos _____</p> <p>Acidentes como condutor: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Últimos 5 anos <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> Com vítimas: feridos ligeiros <input type="checkbox"/> feridos graves <input type="checkbox"/> mortes <input type="checkbox"/></p> <p>Avaliações psicológicas anteriores: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> ⇒ Quantas? <input type="checkbox"/> Resultado: Apto <input type="checkbox"/> Inapto <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Data e assinatura) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## 2ª Parte (a preencher pelo Psicólogo)

1. **Pedido/Determinação da avaliação:** \_\_\_\_\_

2. **Motivo da avaliação:** \_\_\_\_\_

3. **Finalidade da avaliação:** \_\_\_\_\_

Condutor 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 Perceptivo-cognitiva

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

#### 4.2 – Área Psicomotora

Aptidões e competências		Testes*	Variáveis	Resultados (nas variáveis)	Avaliação
Quadro I	Coordenação bimanual				Todos acima do percentil 16, e maioria acima de percentil 25 <input type="checkbox"/>
	Reações de escolha				Maioria acima de percentil 20 <input type="checkbox"/>
	Reações múltiplas e discriminativas				Maioria acima de percentil 16 <input type="checkbox"/>
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*/Entrevista	Variáveis	Resultados (quantitativos ou qualitativos)	Avaliação
Maturidade psicológica e responsabilidade				Inadequadas <input type="checkbox"/>
				Adequadas <input type="checkbox"/>
Estabilidade emocional				Inadequada <input type="checkbox"/>
				Adequada <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		
<b>Apto</b>		Categorias	<b>Apto</b>		Categorias
<b>Inapto</b>		Categorias	<b>Inapto</b>		Categorias
Restrições*/Adaptações* _____					
<b>Causas de inaptidão**:</b>					
1 - Áreas Percetivo-cognitiva e Psicomotora: nº 1, alíneas, <b>a)</b> <input type="checkbox"/> <b>b)</b> <input type="checkbox"/> <b>c)</b> <input type="checkbox"/>					
2 - Psicossocial: nº 2, alíneas: <b>a)</b> <input type="checkbox"/> <b>b)</b> <input type="checkbox"/> <b>c)</b> <input type="checkbox"/> <b>d)</b> <input type="checkbox"/> <b>e)</b> <input type="checkbox"/> <b>f)</b> <input type="checkbox"/> <b>g)</b> <input type="checkbox"/>					
* 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 nº 138/2012 de 5 de Julho.					
** Causas de inaptidão estabelecidas no nº 1, alíneas a), b) e c), e, no nº 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 nº 138/2012 de 5 de Julho.					

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Psicólogo

\_\_\_\_\_

(Cédula profissional nº \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

