



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
POLÍCIA MILITAR DA BAHIA-PMBA

TERMO DE REFERÊNCIA

AQUISIÇÃO DE FORMULÁRIOS PARA O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA PMBA

TERMO DE REFERÊNCIA /HABILITAÇÃO

(x) CONTRATAÇÃO DELEGADA

(x) CONTRATAÇÃO DIRETA POR DISPENSA ELETRÔNICA

(Processo Administrativo nº 030.2426.2025.0095308-31)

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1 Objeto: Nos atendimentos realizados pelas diferentes coordenações—HPM, Odontoclínica, Reabilitação e Junta Médica—há conjuntos específicos de formulários que orientam e registram cada etapa do cuidado prestado:

Hospital da Polícia Militar (HPM) – O fluxo de atendimento inicia-se com a *Ficha de Atendimento Médico*, onde se registram identificação, queixa principal, histórico clínico, exame físico, hipóteses diagnósticas e condutas. Sempre que há prescrição de medicamentos, utiliza-se o *Receituário Médico Padrão*, devidamente carimbado e assinado. Quando necessário comprovar a presença do paciente, emite-se a *Declaração de Atendimento Médico*. Outros formulários complementares—como solicitações de exames e relatórios de intercorrências—também são empregados conforme a complexidade do caso.

Odontoclínica – O atendimento odontológico é documentado na *Ficha Odontológica Individual*, que reúne dados pessoais, avaliação bucal inicial, plano terapêutico e evolução. Para detalhar procedimentos futuros, cronograma e obter consentimento, preenche-se o *Plano de Tratamento Odontológico*. Formulários adicionais, como termos de consentimento para intervenções específicas e controles de biossegurança, completam o prontuário.

Coordenação de Reabilitação – O primeiro contato ocorre por meio da *Ficha de Avaliação Fisioterapêutica/Psicologia*, na qual se descrevem a condição funcional do paciente, diagnóstico funcional e metas terapêuticas. Cada sessão subsequente é registrada no formulário de *Evolução de Sessões*, permitindo acompanhar progresso ou intercorrências. Ao iniciar o programa, o paciente assina o *Termo de Responsabilidade e Adesão ao Tratamento*, que formaliza orientações e compromissos. Outras fichas—como escalas de avaliação funcional ou relatórios de alta—são usadas conforme necessidade.

Junta Médica – O processo começa com o *Requerimento de Avaliação pela Junta Médica*, protocolo oficial apresentado pelo interessado ou órgão solicitante. Durante a análise, cada membro preenche a *Ficha de Análise da Junta Médica*, registrando pareceres técnicos e conclusões. Relatórios e laudos complementares, além de termos de ciência assinados pelo avaliado, integram o dossiê final, garantindo transparência e rastreabilidade da decisão. Esse conjunto de formulários padronizados assegura registro completo, legalidade, rastreabilidade e qualidade das informações em todos os atendimentos especializados.

1.1.1 As especificações do objeto obedecerão as condições e exigências estabelecidas neste Termo de Referência, observado o disposto na tabela abaixo.

Participação	Item	Código SIMPAS	Descrição	Unidade de Fornecimento (UF)	Quantitativo	Prazo de entrega
Ampla	1	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	Bloco	1050	Entrega imediata até 30 dias

1.1.2 As especificações do objeto constam:

(x) da descrição abaixo:

Os formulários utilizados nos atendimentos das coordenações devem estar em conformidade com as normas legais vigentes, garantindo a validade jurídica, a segurança das informações e a padronização dos registros. É fundamental que todos os documentos sigam as diretrizes estabelecidas por órgãos reguladores. Esses formulários devem conter campos obrigatórios que assegurem a identificação correta do paciente, a clareza das informações prestadas, a assinatura do profissional responsável e, quando necessário, o consentimento livre e esclarecido do paciente. A observância das normas legais contribui para a transparência dos atendimentos, a responsabilidade técnica e a integridade dos prontuários, além de oferecer respaldo em eventuais processos administrativos, éticos ou judiciais. Portanto, a elaboração, preenchimento e arquivamento dos formulários devem seguir padrões atualizados e compatíveis com a legislação e os princípios éticos da área da saúde.

1.1.2.1 As características do objeto da contratação devem ser comprovadas através de documentos de domínio público emitidos pelo fabricante, tais como: catálogos, manuais, fichas de especificação técnica ou páginas da internet impressas.

1.1.2.1.1 As descrições e/ou materiais informativos utilizados nas especificações dos produtos cotados, que estejam vertidos em idioma diverso do nacional, deverão ser apresentados com tradução para o português, ressalvados os termos técnicos cuja compreensão seja usual.

1.1.2.2 O objeto desta contratação não se enquadra como bem de luxo, nos termos do art. 20 da Lei Federal 14.133/2021 e sua regulamentação.

1.2 O prazo de vigência do Contrato é a **contar da data** da (x) **subscrição da Autorização de Fornecimento de Material – AFM**, observado o artigo 105 da Lei Federal nº 14.133/2021.

1.3 O Contrato apresenta maior detalhamento das regras que serão aplicadas ao prazo de vigência.

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1 A fundamentação da contratação, da caracterização do objeto e de seus quantitativos está especificada:

(x) em tópico próprio do Estudo Técnico Preliminar

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1 A descrição da solução como um todo está especificada:
(x) em tópico próprio do Estudo Técnico Preliminar

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

4.1 Sustentabilidade:

4.1.1 Devem ser atendidos os seguintes os critérios de sustentabilidade, conforme justificativa apresentada pelo gestor competente no processo administrativo de que trata este Termo de Referência, **doc. SEI 00114303322**:

Os formulários de papel ainda são amplamente utilizados em instituições públicas, escolas, hospitais e empresas. Embora pareçam simples, seu uso possui implicações ambientais importantes. A seguir, são analisados os **pontos positivos e negativos em relação à sustentabilidade**.

Prós (Aspectos Positivos)

1. **Baixo consumo de energia direta:**
Diferente dos formulários digitais, os formulários de papel não dependem de computadores, internet ou energia elétrica para serem preenchidos e arquivados.
2. **Fácil descarte e reciclagem:**
O papel, quando descartado corretamente, é um material biodegradável e reciclável, podendo ser reaproveitado na produção de novos produtos.
3. **Acessibilidade universal:**
Formulários de papel podem ser utilizados em locais sem acesso à tecnologia ou energia elétrica, o que é relevante em regiões mais isoladas.
4. **Menor impacto tecnológico:**
O uso de papel evita a geração de lixo eletrônico e a obsolescência de equipamentos digitais.

Contras (Aspectos Negativos)

1. **Alto consumo de recursos naturais:**
A produção de papel exige o corte de árvores, além do uso intensivo de água e energia no processo industrial.
2. **Geração de resíduos sólidos:**
O uso constante de papel gera uma grande quantidade de lixo, especialmente quando os formulários são descartáveis ou utilizados apenas uma vez.
3. **Poluição na fabricação:**
As fábricas de papel podem liberar poluentes no ar e na água, caso não adotem práticas industriais sustentáveis.
4. **Maior necessidade de transporte e armazenamento físico:**
Formulários em papel exigem espaço físico para arquivamento e podem demandar transporte entre setores ou unidades, aumentando o uso de combustíveis fósseis.

O uso de formulários de papel tem suas vantagens em determinadas situações, especialmente pela simplicidade e acessibilidade. No entanto, do ponto de vista da sustentabilidade, seu uso constante pode gerar impactos significativos ao meio ambiente. Para minimizar esses efeitos, é recomendável reduzir o consumo, utilizar papel reciclado sempre que possível e adotar políticas de descarte e reaproveitamento adequadas.

Nos termos da Instrução Normativa nº 1 de 19 de janeiro de 2010, que dispõe sobre os critérios de sustentabilidade ambiental na aquisição de bens, contratação de serviços ou obras pela Administração Pública Federal Direta, as empresas serão responsáveis pela utilização de tecnologia e materiais que reduzam o impacto ambiental, bem como a utilização de materiais que possam ser submetidos à reciclagem. Os materiais ofertados devem ser produzidos por fabricantes comprometidos com o meio ambiente, que mantenham programa continuado de sustentabilidade ambiental, e que além de se enquadrarem no disposto nos itens anteriores, comprovem que cumprem a legislação ambiental pertinente ao objeto da licitação. São proibidas, à contratada, as seguintes formas de destinação ou disposição final de resíduos sólidos ou rejeitos: - lançamento em praias, no mar ou em quaisquer corpos hídricos; - lançamento in natura a céu aberto, excetuados os resíduos de mineração; - queima a céu aberto ou em recipientes, instalações e equipamentos não licenciados para essa finalidade; - outras formas vedadas pelo poder público

4.2 Indicação de marcas ou modelos

4.2.1 A Administração **não** indicará marca(s), característica(s) ou modelo(s).

4.3 Exame de adequação do objeto (amostras, avaliação de conformidade, prova de conceito, ou outros testes destinados à aferição da aceitabilidade da proposta)

4.3.1 Não será exigido(a) exame de adequação do objeto.

4.4 Vistoria

4.4.1 Não será exigida a realização de vistoria prévia.

4.5 Subcontratação

4.5.1 Não será admitida a subcontratação do objeto contratual.

4.6 Garantia

4.6.1 Garantia de proposta

4.6.1.1 Não haverá exigência da garantia de proposta de que trata o art. 58 da Lei Federal nº 14.133/2021.

4.6.2 Garantia da contratação

4.6.2.1 Não haverá exigência da garantia da contratação, pelas razões constantes no processo administrativo de que trata este Termo de Referência, conforme especificações contidas em Estudo Técnico Preliminar próprio (art. 96, *caput*, da Lei Federal nº 14.133/2021).

Não será exigida garantia da contratação por se tratar de entrega imediata, caso o fornecedor não entregar o objeto contratado será penalizado de acordo com o Decreto Estadual 21.133/2024, do art. 7º ao 9º.

4.7 Participação de pessoas jurídicas reunidas em consórcio

(x) Sim

4.8 Exigência de carta de solidariedade

4.8.1 Não será exigida carta de solidariedade.

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

5.1 Forma de fornecimento

5.1.1 O prazo de fornecimento dos bens, em entrega única, é de 30 (trinta) dias, a contar: (x) da subscrição da Autorização de Fornecimento de Material – AFM

5.2 Local da entrega

5.2.1 As especificações do endereço para entrega do objeto constam:

(x) da descrição abaixo:

O objeto será entregue ao almoxarifado do Departamento de Saúde da PMBA, situado na Vila Policial Militar do Bonfim– Av. Dendezeiros, S/N, Bonfim, CEP 40.444-130 Salvador - BA. O horário de atendimento é das 08 às 11hs 30 e das 13 às 16hs 30, em dias úteis, contudo é imprescindível que os fornecedores agendem previamente o dia e horário do serviço através do e-mail ds.mpts@pm.ba.gov.br

5.3 Garantia, manutenção e assistência técnica

5.3.1 O prazo legal de garantia técnica será de **30 (trinta) dias**, tratando-se de fornecimento de produtos não duráveis, e de **90 (noventa) dias**, tratando-se de fornecimento de produtos duráveis (art. 26, incs. I e II, do CDC), contado a partir da entrega efetiva do produto.

5.3.2 As peças que apresentarem vício ou defeito no período de vigência da garantia legal ou contratual técnica deverão ser substituídas por outras originais, adequadas e novas, que apresentem padrões de qualidade e desempenho iguais ou superiores aos das peças utilizadas na fabricação do equipamento.

5.3.2.1 Uma vez intimada, a contratada realizará, conforme o tipo de garantia, a reparação ou substituição dos bens que apresentarem vício ou defeito no prazo de até **7 (sete) dias úteis**, contado a partir do termo final definido pela Administração para a retirada do equipamento das suas dependências.

5.3.2.2 A contratada, por si ou por meio da assistência técnica autorizada, deverá retirar o equipamento das dependências da Administração no prazo de até **7 (sete) dias úteis**.

5.3.2.3 Os prazos indicados nos subitens 5.3.2.1 e 5.3.2.2 poderão, durante o seu transcurso, ser prorrogados uma única vez, por até **7 (sete) dias úteis**, mediante solicitação escrita e justificada da contratada, aceita pelo Contratante.

5.3.2.4 Na hipótese desse subitem 5.3.2, a contratada deverá disponibilizar equipamento equivalente, de especificação igual ou superior ao anteriormente fornecido, para utilização em caráter provisório pelo Contratante, de modo a garantir a continuidade dos trabalhos administrativos durante a execução dos reparos.

5.3.2.5 Decorrido o prazo para reparos e substituições sem o atendimento da solicitação do Contratante ou a apresentação de justificativas pela contratada, fica o Contratante autorizado a contratar empresa diversa para executar os reparos, ajustes ou a substituição do bem ou de seus componentes, bem como a exigir da contratada o reembolso dos custos respectivos, sem que tal fato acarrete a perda da garantia dos equipamentos.

5.3.3 O custo referente ao transporte dos equipamentos cobertos pela garantia legal ou contratual técnica será de responsabilidade da contratada.

5.3.4 A garantia legal ou contratual técnica tem prazo de vigência próprio e desvinculado do prazo de vigência contratual, permitindo eventual aplicação de penalidades, mesmo depois de expirado este último prazo, em caso de descumprimento de alguma de suas condições.

5.4 Informações relevantes para o dimensionamento da proposta

5.4.1 As informações relevantes para o dimensionamento da proposta constam deste Termo de Referência.

5.4.2 O prazo de validade da proposta será de, no mínimo, 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

5.4.2.1 Será considerada não escrita a fixação de prazo de validade inferior ao mínimo, ficando facultado aos licitantes ampliá-lo.

5.4.3 O licitante deverá anexar junto à sua proposta declaração de elaboração independente de proposta, conforme modelo integrante deste Termo de Referência.

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1 O Contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei Federal nº 14.133/2021, e da Lei Estadual nº 14.634/2023, respondendo cada parte pelas consequências de sua inexecução total ou parcial (art. 115, *caput*, da Lei Federal nº 14.133/2021).

6.2 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do Contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila (art. 115, §5º, da Lei Federal nº 14.133/2021).

6.2.1 O impedimento a que se refere o subitem anterior, total ou parcial, da execução do Contrato por fato ou ato de terceiro, deve ser reconhecido pela Administração em documento contemporâneo à sua ocorrência.

6.3 As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se, para esse fim, o uso de mensagem eletrônica por meio do Sistema Eletrônico de Informações – SEI.

6.4 O órgão ou entidade poderá convocar representante da contratada para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5 O acompanhamento da execução do Contrato compreenderá as atividades de gestão e fiscalização na forma dos arts. 15 a 23 do Decreto nº 22.885/2024, observando-se, ainda, o disposto nos arts. 7º e 17 do Decreto nº 23.059/2024.

6.5.1 Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua intimação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua justificativa.

6.5.2 O prazo de que trata o subitem anterior poderá ser prorrogado uma vez, **por até 5 (cinco) dias úteis**, a critério do Contratante.

6.5.3 Não havendo regularização ou não sendo aceita a justificativa apresentada, a Administração deverá adotar as medidas necessárias à apuração dos fatos nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

6.6 Após a assinatura do Contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para alinhamento da execução do Contrato e demais procedimentos de gestão do ajuste.

7. CRITÉRIOS DE RECEBIMENTO DO OBJETO, LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

7.1 RECEBIMENTO DO OBJETO

7.1.1 Recebimento provisório

7.1.1.1 Os bens serão recebidos provisoriamente, de forma sumária, no ato da entrega, juntamente com a(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s), pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do Contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta.

7.1.1.2 A contratada fica obrigada a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções

resultantes da execução ou materiais empregados (art. 119 da Lei Federal nº 14.133/2021).

7.1.1.3 O objeto poderá ser rejeitado, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituído ou corrigido no prazo de **10 (dez) dias**, a contar da intimação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades ([art. 140, §1º](#) da Lei Federal nº 14.133, de 2021).

7.1.1.4 Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o(s) fiscal(is) do Contrato deverá(ão) emitir relatório sobre o efetivo cumprimento das obrigações da contratada e, se for o caso, analisar o desempenho na execução do Contrato nos termos do art. 144 da Lei Federal nº 14.133/2021, em consonância com os indicadores que deverão integrar este Termo de Referência como anexo, encaminhando-o ao gestor do Contrato.

7.1.1.4.1 A análise do desempenho na execução do Contrato de que trata o art. 144 da Lei Federal nº 14.133/2021 poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, circunstância que deverá ser registrada pelo(s) fiscal(is) em relatório(s) a ser encaminhado ao gestor do Contrato.

7.1.1.5 A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição do objeto até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas durante o recebimento provisório.

7.1.1.6 O recebimento provisório estará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.

7.1.1.7 Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o termo detalhado de recebimento provisório deverá conter o registro, a análise e a conclusão sobre todas as ocorrências na execução do Contrato, acompanhado dos demais documentos que julgar necessários, encaminhando-o ao servidor ou comissão designada pela autoridade competente para recebimento definitivo.

7.1.2 Recebimento definitivo

7.1.2.1 O recebimento **definitivo** ocorrerá no **prazo de 10 (dez) dias úteis**, contados do recebimento provisório, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, mediante termo detalhado que comprove o atendimento das exigências contratuais (art. 140, inciso II, “b” da Lei Federal nº 14.133, de 2021).

7.1.2.1.1 O prazo para recebimento definitivo poderá ser excepcionalmente prorrogado, de forma justificada, quando houver necessidade de diligências para a aferição do atendimento das exigências contratuais.

7.1.2.2 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, a parcela incontroversa, conforme art. 143 da Lei Federal nº 14.133/2021, deverá ser liberada no prazo previsto para pagamento.

7.1.2.2.1 Para fins do subitem anterior, o valor da parcela incontroversa deverá ser comunicada à contratada para emissão de nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s).

7.1.2.3 Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pela contratada, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s).

7.2 LIQUIDAÇÃO

7.2.1 Recebida(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s), a Administração, no **prazo de 8 (oito) dias úteis**, prorrogáveis por até **8 (oito) dias úteis**, adotará, na forma deste subitem, as providências para fins de liquidação da despesa.

7.2.2 Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s) apresentado(s) pela contratada possui(em) os

elementos necessários e essenciais do documento, tais como: a) o prazo de validade; b) a data da emissão; c) os dados do Contrato e do Contratante; d) o período respectivo de execução do Contrato; e) o valor a pagar; e f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

7.3.3 Havendo erro na apresentação da(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s), ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que a contratada providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus para o Contratante;

7.4.4 A(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s) deverá(ão) ser obrigatoriamente acompanhado(s) da comprovação da regularidade fiscal da contratada mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação de habilitação fiscal, social e trabalhista, na forma exigida neste Termo de Referência.

7.3 PAGAMENTO

7.3.1 Prazo para pagamento

7.3.1.1 O pagamento será efetuado no **prazo de 8 (oito) dias úteis**, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme subitem anterior.

7.3.1.2 No caso de atraso pelo Contratante, os valores devidos à contratada serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, de acordo com a variação do Índice Nacional de Preços - INPC do IBGE, pro rata tempore.

7.3.2 Forma de pagamento

7.3.2.1 O pagamento será realizado por meio de ordem bancária ou crédito em conta da contratada aberta em instituição financeira contratada pelo Estado da Bahia.

7.3.2.1.1 Optando a contratada por receber os créditos em instituição financeira diversa da indicada neste subitem, deverá arcar com os custos de transferências bancárias, os quais serão deduzidos dos pagamentos devidos.

7.3.2.2 A(s) nota(s) fiscal(is) ou instrumento(s) de cobrança equivalente(s) deverá(ão) atender as exigências legais pertinentes aos tributos e encargos relacionados com a obrigação, inclusive os destaques necessários às retenções tributárias previstas em lei, e, as situações específicas, à adoção da forma eletrônica.

7.3.2.3 Independentemente do percentual de tributo inserido na proposta de preço, serão retidos na fonte, por ocasião da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente, quando houver incidência tributária.

7.3.2.4 A contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123/2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime, estando o pagamento condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA PROPOSTA E EXIGÊNCIAS DE HABILITAÇÃO

8.1 Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

8.1.1 O fornecedor do bem, obra ou serviço será selecionado por meio de processo de:
(x) Contratação direta por dispensa eletrônica

8.2 Exigências de habilitação

8.2.1 Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

8.2.1.1 Habilitação jurídica

8.2.1.1.1 Para Pessoas Jurídicas:

- a) empresário individual: inscrição no registro público de empresas mercantis;
- b) microempreendedor individual – MEI: certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>;
- c) sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, com suas eventuais alterações supervenientes em vigor, devidamente registrados, acompanhados, quando for o caso, dos documentos societários comprobatórios de eleição ou designação e investidura dos atuais administradores.
- d) sociedades simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, com suas eventuais alterações supervenientes em vigor, devidamente registrados, acompanhados dos atos comprobatórios de eleição e investidura dos atuais administradores.
- e) empresa ou sociedade estrangeira: portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, observando-se a Instrução Normativa DREI/ME nº 77, de 18 de março de 2020, quando a atividade assim o exigir.
- f) filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária: inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz.

8.2.1.1.2 Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

8.2.1.2 Habilitação fiscal, social e trabalhista

- a) prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- b) prova de inscrição no cadastro de contribuintes (☒) Estadual/Distrital (☐) Municipal/Distrital relativo ao domicílio ou sede do licitante pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) prova de regularidade com a Fazenda (☒) Estadual/Distrital (☐) Municipal/Distrital do domicílio ou sede do licitante, ou outro equivalente, na forma da lei;
 - c.1) Caso o licitante seja considerado isento dos tributos relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.
- d) prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social.
- e) prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- f) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;
- g) em se tratando de contratação direta, prova de regularidade com a Fazenda do Estado da Bahia, ou o compromisso de sua regularização e sua efetiva realização, como condição para celebração do Contrato, nos termos do art. 65 da Lei estadual nº 14.634/2023.

8.2.1.2.1 As microempresas e empresas de pequeno porte, beneficiárias do tratamento diferenciado e favorecido previsto na Lei Complementar nº 123/2006, deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição.

8.2.1.3 Habilitação Econômico-Financeira

- a) certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante, com data de expedição ou revalidação dos últimos 90 (noventa) dias anteriores à data da realização da licitação ou da contratação direta, caso o documento não consigne prazo de validade;
- b) índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um), comprovados mediante a apresentação pelo licitante de balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais e obtidos pela aplicação das seguintes fórmulas:

Liquidez Geral (LG) = (Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Passivo Não Circulante)

Solvência Geral (SG) = (Ativo Total)/(Passivo Circulante + Passivo não Circulante)

Liquidez Corrente (LC) = (Ativo Circulante) / (Passivo Circulante)

- b.1) Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido, para fins de habilitação, patrimônio líquido mínimo correspondente a 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação;
- b.1.1) Na hipótese de licitação por lotes, o patrimônio líquido exigível será calculado em função da soma de tantos quantos forem os lotes em que a interessada tenha apresentado as melhores ofertas.
- b.2) O balanço patrimonial, a demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis limitar-se-ão ao último exercício, caso a pessoa jurídica tenha sido constituída há menos de 2 (dois) anos (art. 69, §6º, da Lei Federal nº 14.133/2021).
- b.3) O balanço patrimonial e demonstrações contábeis podem ser atualizados por índices oficiais, quando encerrados há mais de 03 (três) meses da data da apresentação da proposta, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.
- b.4) O licitante apresentará o balanço patrimonial e a demonstração de resultado do exercício mediante, conforme o caso, publicação no Diário Oficial ou Jornal de Grande Circulação ou na Central de Balanços dentro do ambiente Sistema Público de Escrituração Digital – SPED, cópia reprográfica das páginas do Livro Diário numeradas sequencialmente onde eles foram transcritos, com os respectivos Termos de Abertura e Encerramento registrados na Junta Comercial, emissão extraída do SPED, contendo Recibo de Entrega do Livro, os Termos de Abertura, Encerramento e Autenticação.
- b.5) O atendimento dos índices econômicos previstos neste subitem será atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo licitante (art. 69, §1º, da Lei Federal nº 14.133/2021).

8.2.1.3.1 Na licitação por lotes, quando for atingido o limite da capacidade econômico-financeira do licitante, esta será declarada inabilitada para o(s) lote(s) subsequentes, observada a ordem sequencial dos lotes constante do instrumento convocatório, sendo vedada a escolha, pelo licitante, dos lotes para os quais deseja a habilitação.

8.2.1.3.2 Na hipótese de participação de pessoas jurídicas reunidas em consórcio, se o consórcio não for formado integralmente por microempresas ou empresas de pequeno porte, para fins de habilitação econômico-financeira, haverá um acréscimo no percentual de 30% (trinta por cento) para o consórcio em relação ao valor exigido para os licitantes individuais;

8.2.1.4 Qualificação Técnica

- a) comprovação de capacitação **técnico-profissional**, através da apresentação de profissional, devidamente registrado no conselho profissional competente, detentor de atestado de responsabilidade técnica por execução de objeto de características semelhantes, para fins de

contratação, limitadas estas às parcelas de maior relevância ou valor significativo (art. 67, inc. I, §§1º e 2º, da Lei Federal nº 14.133/2021).

a.1) O vínculo profissional entre o profissional e o licitante poderá ser comprovado através de: a) Carteira de Trabalho; b) Certidão do Conselho Profissional; c) Contrato social; d) Contrato de prestação de serviços; e) Termo através do qual o profissional assuma a responsabilidade técnica pela execução do objeto licitado e o compromisso de integrar o quadro técnico da empresa no caso do objeto contratual vir a ser a esta adjudicado.

a.2) Os profissionais indicados pelo licitante para fins de comprovação da capacitação técnica deverão participar da execução do objeto da licitação, admitindo-se a sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que aprovada pela Administração (art. 67, §6º, da Lei Federal nº 14.133/2021);

a.3) Não será admitido que um mesmo profissional indicado como responsável técnico participe de mais de uma proposta apresentada por licitantes diversos.

b) comprovação de capacitação **técnico-operacional**, mediante apresentação de certidões ou atestados, regularmente emitidos pelo conselho profissional competente, que demonstrem capacidade operacional na execução de objeto similar, de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior, limitada às parcelas de maior relevância ou valor significativo (art. 67, inc. II, §§1º e 2º, da Lei Federal nº 14.133/2021);

b1) na hipótese de atividade não regulada por conselho profissional, a capacitação **técnico-operacional** referida neste item poderá ser demonstrada por certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, preferencialmente conforme modelo anexo a este Termo de Referência.

b2) Será admitida a apresentação de atestados relativos a potencial subcontratado em relação à parcela do objeto cuja subcontratação tenha sido expressamente autorizada neste Termo de Referência, limitada a 25% (vinte e cinco por cento) do objeto a ser licitado, hipótese em que mais de um licitante poderá apresentar atestado relativo ao mesmo potencial subcontratado (art. 67, §9º, da Lei Federal nº 14.133/2021).

c) indicação do pessoal técnico, das instalações e do aparelhamento adequados e disponíveis para a realização do objeto, bem como da qualificação de cada membro da equipe técnica que se responsabilizará pelos trabalhos, preferencialmente conforme modelo anexo a este Termo de Referência (art. 67, inc. III, da Lei Federal nº 14.133/2021).

c.1) Para fins desta alínea “c”), o licitante deverá apresentar, sob as penas da lei, em especial do disposto no art. 155, inc. VIII, da Lei Federal nº 14.133/2021, a relação explícita e declaração formal de disponibilidade, de acordo com as especificações exigidas;

c.2) Quanto ao pessoal técnico, será observado o que se segue:

c.2.1) relação do pessoal técnico indicado pelo licitante deverá estar acompanhada da demonstração de vinculação à futura execução contratual, mediante a juntada no sistema eletrônico, de quaisquer dos seguintes documentos: a) Carteira de Trabalho; b) Certidão do Conselho Profissional; c) Contrato social; d) Contrato de prestação de serviços; e) Termo através do qual o profissional assuma o compromisso de integrar o quadro técnico da empresa no caso do objeto contratual vir a ser a esta adjudicado.

c.2.2) Os profissionais indicados pelo licitante para fins de comprovação da capacitação técnica deverão participar da execução do objeto da licitação, admitindo-se a sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que aprovada pela Administração (art. 67, §6º, da Lei Federal nº 14.133/2021);

c.2.3) Não será admitido que um mesmo profissional indicado como responsável técnico participe de mais de uma proposta apresentada por licitantes diversos.

d) prova de atendimento de requisitos previstos em lei especial, se for o caso (art. 67, inc. IV, da Lei Federal nº 14.133/2021);

e) registro ou inscrição do licitante na entidade profissional competente, se for o caso;

e.1) No caso de empresa não registrada no respectivo Conselho no Estado da Bahia, deverá apresentar o registro do Conselho do Estado de origem, ficando o licitante vencedor obrigado a apresentar o visto do Conselho local antes da assinatura do Contrato.

e.2) No caso de Sociedades empresárias estrangeiras, o atendimento da exigência de que trata esta alínea “e” se dará por meio da apresentação, no momento da assinatura do Contrato, da solicitação de registro perante a entidade profissional competente no Brasil.

f) declaração no sistema eletrônico da licitação de que o licitante tomou conhecimento de todas as informações e, quando exigido, das condições locais, para o cumprimento das obrigações objeto da licitação ou da contratação direta (art. 67, inc. VI, da Lei Federal nº 14.133/2021).

f.1) Na hipótese de exigência de realização de vistoria prévia do local da execução, caso o licitante opte por não realizá-la, além da declaração de que trata essa alínea “f”, deverá apresentar declaração formal assinada pelo seu responsável técnico de conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação, preferencialmente conforme modelo anexo a este Termo de Referência.

8.2.1.4.1 Serão consideradas como parcelas de maior relevância ou valor significativo, para fins das alíneas “a”, “b” e “c” deste tópico:

PARCELAS DE MAIOR RELEVÂNCIA OU VALOR SIGNIFICATIVO	QUANTITATIVO TOTAL (100%)	COMPROVAÇÃO MÍNIMA (___%)
*	*	*

8.2.1.4.1.1 Na hipótese de objeto em que não seja possível distinguir as parcelas de maior relevância ou valor significativo (objeto homogêneo), poderá ser indicada **parcela única**, sendo considerada satisfatória a comprovação da execução de, no mínimo, * % (* por cento) do(s) quantitativo(s) previsto(s) neste Termo de Referência.

8.2.1.4.2 Na hipótese de licitação por lotes, será observado o disposto a seguir:

8.2.1.4.2.1 A demonstração da qualificação técnica deverá ser feita em função da soma de tantos quantos forem os lotes em que o licitante tenha apresentado as melhores ofertas.

8.2.1.4.2.2 Quando for atingido o limite da capacidade técnica do licitante, este será declarado inabilitado para o(s) lote(s) subsequentes, observada a ordem sequencial dos lotes, sendo vedada a escolha, pelo licitante, dos lotes para os quais deseja a habilitação.

8.2.1.4.3 No caso de apresentação por licitante de atestado de desempenho anterior emitido em favor de consórcio do qual tenha feito parte, se o atestado ou o contrato de constituição do consórcio não identificar a atividade desempenhada por cada consorciado individualmente, serão adotados os seguintes critérios na avaliação de sua qualificação técnica (art. 67, §10, da Lei Federal nº 14.133/2021).

8.2.1.4.3.1. Caso o atestado tenha sido emitido em favor de consórcio homogêneo, as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada empresa consorciada na proporção quantitativa de sua participação no consórcio, salvo nas licitações ou contratações diretas destinadas à contratação de serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual, em que todas as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada uma das empresas consorciadas;

8.2.1.4.3.2. Caso o atestado tenha sido emitido em favor de consórcio heterogêneo, as experiências atestadas deverão ser reconhecidas para cada consorciado de acordo com os respectivos campos de atuação, inclusive nas licitações ou contratações diretas destinadas à contratação de serviços técnicos especializados de natureza predominantemente intelectual.

8.2.1.4.3.3 Na hipótese deste subitem 8.2.1.4.3, para fins de comprovação do percentual de participação do consorciado, caso este não conste expressamente do atestado ou da certidão, deverá ser juntada ao atestado ou à certidão cópia do instrumento de constituição do consórcio.

Observação: Nesse objeto a qualificação técnica é dispensada parcialmente, conforme art. 70, inc. III, da Lei Federal nº 14.133/2021, as alíneas “c”, “d”, “e” e “f” sendo que é previsto na análise dos riscos sua supressão por se tratar de aquisição de material com entrega imediata autorizada pela autoridade competente.

8.3 Disposições gerais

8.3.1 As empresas criadas no exercício financeiro da licitação ou da contratação direta deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura (art. 65, §1º, da Lei Federal nº 14.133/2021).

8.3.2 Regras acerca da participação de matriz e filial:

- a) se o licitante for a matriz, todos os documentos devem estar em nome da matriz;
- b) se o licitante for filial, todos os documentos devem estar em nome da filial, exceto aqueles que a legislação permita ou exija a emissão apenas em nome da matriz;
- c) a comprovação de capacidade operacional para o desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação ou da contratação direta poderá ser feita em nome da matriz ou da filial;
- d) se o licitante participar do certame apresentando os documentos de habilitação e qualificação da matriz e desejar executar o Contrato pela filial, ou vice-versa, deverá fazer prova, por ocasião da assinatura do Contrato, da regularidade do estabelecimento que executará o objeto licitado, a qual deverá ser mantida durante todo o curso da avença.

8.3.3 O Certificado de Registro Cadastral-CRC ou Certificado de Registro Simplificado-CRS poderá substituir os documentos de habilitação, na forma indicada neste Termo de Referência.

8.3.3.1 Caso conste do registro algum documento vencido, o licitante deverá apresentar a versão atualizada do referido documento junto aos demais documentos de habilitação.

8.3.3.2 A substituição dos documentos está condicionada à verificação da regularidade destes, mediante a emissão do extrato do fornecedor pela Administração.

8.3.3.3 O Certificado de Registro Cadastral-CRC ou Certificado de Registro Simplificado-CRS, estando no prazo de validade, poderá substituir os documentos relativos à habilitação constantes do sistema, exceto os concernentes à Qualificação Técnica.

8.3.4 Na hipótese de participação de pessoas jurídicas em consórcio, a habilitação técnica, quando exigida, será feita por meio do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, quando exigida, será observado o somatório dos valores de cada consorciado (art. 15, inc. III, da Lei Federal nº 14.133/2021).

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1 O valor estimado total da contratação é de R\$ 19.118,10 (dezenove mil cento e dezoito reais e dez centavos), conforme planilha de quantitativos e preços unitários e global (x) abaixo, os quais correspondem **ao critério máximo de aceitabilidade dos preços unitários e global**.

ITEM	Código SIMPAS	Descrição	Formularios	Unidade de Fornecimento (UF)	Quantitativo	PREÇO UNITÁRIO MENSAL	PREÇO GLOBAL ANUAL
------	---------------	-----------	-------------	------------------------------	--------------	-----------------------	--------------------

01	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	COMUM FICHA DE ATENDIMENTO - PA (FRENTE E VERSO)	bloco	40	R\$ 25,66	R\$ 1.026,40
02	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	COMUM RECEITUÁRIO (FRENTE)	bloco	150	R\$ 11,93	R\$ 1.789,50
03	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM CAUTELA FARMACIA (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
04	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM COMPARECIMENTO (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50

05	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM DISPENSA MEDICA (FRENTE)	bloco	20	R\$ 16,48	R\$ 329,60
06	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM ENTREGA DE EXAMES (FRENTE)	bloco	10	R\$ 17,35	R\$ 173,50
07	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM FICHA EVOLUÇÃO MEDICA (FRENTE E VERSO)	bloco	50	R\$ 23,85	R\$ 1.192,50
08	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM MAPA E HOLTER (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50

10	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	HPM SUS (FRENTE)	bloco	30	R\$ 14,85	R\$ 430,50
11	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM BETA (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
12	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM ECOCARDIOGRAMA (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
13	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM EXAMES LABORAIS (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50

14	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM FICHA DE EVOLUÇÃO MEDICA (FRENTE E VERSO)	bloco	10	R\$ 30,10	R\$ 301,00
15	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM FICHA MEDICA ADMISSIONAL (FRENTE E VERSO)	bloco	50	R\$ 24,05	R\$ 1.202,50
16	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM FICHA MEDICA PERIODICA (FRENTE E VERSO)	bloco	50	R\$ 24,05	R\$ 1.202,50
17	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM FICHA ODONTOLÓGICA ADMISSIONAL (FRENTE)	bloco	50	R\$ 15,05	R\$ 752,50

18	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM MAMOGRAFIA (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
19	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM PSA (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
20	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM QUESTIONARIO DO EXAME ADMISSIONAL (FRENTE)	bloco	50	R\$ 15,05	R\$ 752,50
21	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM RADIOGRAFIA TORAX COM LAUDO (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50

22	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM REALATORIO CARDIOLOGICO (FRENTE)	bloco	50	R\$ 15,05	R\$ 752,50
23	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	JM TESTE ERGOMETRICO (FRENTE)	bloco	10	R\$ 18,35	R\$ 183,50
24	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	ODONTO ATESTADO COMPARECIMENTO (FRENTE)	bloco	30	R\$ 15,18	R\$ 455,40
25	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	ODONTO ATESTADO (FRENTE)	bloco	30	R\$ 15,18	R\$ 455,80

26	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	ODONTO FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (FRENTE E VERSO)	bloco	30	R\$ 26,25	R\$ 787,50
27	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	ODONTO PRONTUARIO ODNTOLÓGICO (FRENTE E VERSO)	bloco	30	R\$ 26,31	R\$ 789,30
28	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	ODONTO REQUISIÇÃO (FRENTE)	bloco	20	R\$ 16,48	R\$ 329,60
29	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB ENTREVISTA DE RENOVAÇÃO PARA PORTE DE ARMA DE FOGO (FRENTE)	bloco	30	R\$ 17,68	R\$ 530,40

30	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB EVOLUÇÃO CLINICA PSICOLOGIA (FRENTE)	bloco	30	R\$ 17,68	R\$ 530,40
31	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB FICHA AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA (FRENTE)	bloco	20	R\$ 17,73	R\$ 354,60
32	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB FICHA DE AVALIAÇÃO DE ACUPUTURA (FRENTE E VERSO)	bloco	20	R\$ 25,73	R\$ 514,60
33	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB FICHA DE ENCERRAMENTO DE PSICOLOGIA (FRENTE)	bloco	20	R\$ 16,48	R\$ 329,60

34	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB FICHA DE EVOLUÇÃO (FRENTE)	bloco	30	R\$ 17,68	R\$ 530,40
35	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB FICHA DE TRIAGEM ADULTO PSICOLOGIA (FRENTE)	bloco	30	R\$ 17,68	R\$ 530,40
36	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB PARECER PSICOLOGICO (FRENTE)	bloco	30	R\$ 17,73	R\$ 530,40
37	75.40.00.00170538-5	FORMULARIO timbrado Quadro de Identificacao em papel apergaminhado gramatura 75g/m² cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa frente e/ou verso.	REAB RELATORIO DE ALTA DA FISIOTERAPIA (FRENTE)	bloco	20	R\$ 17,73	R\$ 354,60
					VALOR ESTIMADO TOTAL		R\$19.118,10

9.2 A estimativa de custo levou em consideração o risco envolvido na contratação e, quando elaborada a matriz de risco, a sua alocação entre contratante e contratada.

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1 As despesas para o pagamento da presente contratação correrão à conta de recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade FIPLAN	Função	Subfunção	Programa	P/A/OE
*	*	*	**	
Região/planejamento	Natureza da despesa	Destinação do recurso	Tipo de recurso orçamentário	
*	*	*	*	

Observação: A dotação orçamentária será definida conforme a declaração do ordenador de despesa indicado pelo Departamento de Planejamento da PMBA.

10.1.1 A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva e liberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

11. PRAZO PARA ASSINATURA DO CONTRATO

11.1 O prazo para assinatura do Contrato ou retirada do instrumento equivalente será de 10 (dez) dias úteis, observado o disposto no art. 90 da Lei Federal nº 14.133/2021.

11.1.1 O prazo de que trata o subitem 11.1 poderá ser prorrogado uma vez, por, no máximo, idêntico período, mediante solicitação do Adjudicatário durante seu transcurso, devidamente justificada, e desde que o motivo apresentado seja aceito pela Administração.

11.2 A assinatura do Contrato se dará por meio do Sistema Eletrônico de Informações - SEI, caso em que o licitante deverá providenciar o cadastramento de seu representante legal ou procurador no endereço eletrônico www.portalseibahia.saeb.ba.gov.br ou através do link disponibilizado no endereço eletrônico www.comprasnet.ba.gov.br.

12. ANEXOS E MODELOS DO TERMO DE REFERÊNCIA

12.1 Vinculam-se a este Termo de Referência, independentemente de transcrição (art. 92, inc. II, da Lei Federal nº 14.133/2021):

- a) Especificações do objeto, quando não descritas no próprio corpo deste Termo de Referência;
- b) Modelo de descrição da proposta de preço e de declaração de elaboração independente de proposta;
- c) Estudo Técnico Preliminar, quando cabível.

Salvador, 26 de maio de 2025.

ANTERO TAVARES CORDEIRO NETO – TEN CEL PM

Coordenador do Hospital da Polícia Militar da Bahia



Documento assinado eletronicamente por **Antero Tavares Cordeiro Neto, Tenente Coronel**, em 29/05/2025, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00114624498** e o código CRC **FCF49E16**.

Referência: Processo nº 030.2426.2025.0095308-31

SEI nº 00114624498

LISTA DE FORMULÁRIO

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR BLOCO(\$)	QTD	VALOR TOTAL (\$)
1	COMUM FICHA DE ATENDIMENTO - PA FV	BLOCO		40	
2	COMUM RECEITUÁRIO F	BLOCO		150	
3	HPM CAUTELA FARMACIA F	BLOCO		10	
4	HPM COMPARECIMENTO F	BLOCO		10	
5	HPM DISPENSA MEDICA F	BLOCO		20	
6	HPM ENTREGA DE EXAMES F	BLOCO		10	
7	HPM FICHA EVOLUÇÃO MEDICA FV	BLOCO		50	
8	HPM MAPA E HOLTER F	BLOCO		10	
9	HPM SUS F	BLOCO		30	
10	JM BETA F	BLOCO		10	
11	JM ECOCARDIOGRAMA F	BLOCO		10	
12	JM EXAMES LABORAIS F	BLOCO		10	
13	JM FICHA DE EVOLUÇÃO MEDICA FV	BLOCO		10	
14	JM FICHA MEDICA ADMISSIONAL FV	BLOCO		50	
15	JM FICHA MEDICA PERIODICA FV	BLOCO		50	
16	JM FICHA ODONTOLOGICA ADMISSIONAL F	BLOCO		50	
17	JM MAMOGRAFIA F	BLOCO		10	
18	JM PSA F	BLOCO		10	
19	JM QUESTIONARIO DO EXAME ADMISSIONAL F	BLOCO		50	
20	JM RADIOGRAFIA TORAX COM LAUDO F	BLOCO		10	
21	JM REALATORIO CARDIOLOGICO F	BLOCO		50	
22	JM TESTE ERGOMETRICO F	BLOCO		10	
23	ODONTO ATESTADO COMPARECIMENTO F	BLOCO		30	
24	ODONTO ATESTADO F	BLOCO		30	
25	ODONTO FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLOGICO FV	BLOCO		30	
26	ODONTO PRONTUARIO ODNTOLOGICO FV	BLOCO		30	
27	ODONTO REQUISICAO F	BLOCO		20	
28	REAB ENTREVISTA DE RENOVAÇÃO PARA PORTE DE ARMA DE FOGO F	BLOCO		30	
29	REAB EVOLUÇÃO CLINICA PSICOLOGIA F	BLOCO		30	
30	REAB FICHA AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA F	BLOCO		20	
31	REAB FICHA DE AVALIAÇÃO DE ACUPUTURA FV	BLOCO		20	
32	REAB FICHA DE ENCERRAMENTO DE PSICOLOGIA F	BLOCO		20	
33	REAB FICHA DE EVOLUÇÃO F	BLOCO		30	
34	REAB FICHA DE TRIAGEM ADULTO PSICOLOGIA F	BLOCO		30	
35	REAB PARECER PSICOLOGICO F	BLOCO		30	
36	REAB RELATORIO DE ALTA DA FISIOTERAPIA F	BLOCO		20	
37	REAB TERMO DE COMPROMISSO F	BLOCO		20	
TOTAL				1050	R\$ -

F FRENTE
FV FRENTE E VERSO
BLOCO 100 FOLHAS

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE FORNECEDORA	QUANTIDADE
1	FORMULARIO, timbrado, Quadro de Identificacao, em papel apergaminhado, gramatura 75g/m², cor branca, dimensoes 210 x 297 mm, com timbre e logomarca padrao da unidade solicitante, impressao 1 x 0 cor tinta preto Europa, frente e/ou verso. Apresentacao: bloco com 100 folhas x 01 via	BLOCO	1050

DETALHAMENTO DOS FORMULÁRIOS

DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1-arquivo, contendo 1 página frente. Apresentação bloco com 100 folhas X 01 via, 1X0 cor(preto), apergaminhado 75g	BLOCO	770
2-arquivo, contendo 1 página frente e verso. Apresentação bloco com 100 folhas X 01 via, 1X1 cor(preto), apergaminhado 75g	BLOCO	280

	HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR		
	FICHA DE ATENDIMENTO		
Matricula:	Posto/Grad:	OPM:	
Nome:			
Idade:	Data de Nasc.: / /	Sexo:	Est.Civil: RG.:
Endereço:			
Telefone:			
Titular Responsável:			
RG do Titular ou Responsável:		Telefone Tit.Resp:	
Assinatura do Paciente ou Responsável:			
Data de Atend.: ____/____/	Horário: : horas	Plantonista: Dr.	
Pressão arterial:	Pulso:	Temperatura:	
Anamnese: Queixa Principal:		Tempo da queixa:	
HMA:			
HPP: Diabetes () Hipertensão () Cardiopatias () AVC / AIT () Neoplasias () Insuf. Renal ()			
Exame Físico			
Geral:			
Ap.Respiratório:			
Ap.Cardiovascular:			
Abdome:			
Outros:			
EXAMES SOLICITADOS: LABORATÓRIO () RAO X () ECG () ULTRASSOM () NENHUM ()			
AVALIAÇÃO DE ESPEC.: PEDIATRIA () CIRURGIA () ORTOPEDIA () GINECOLOGIA () _____ ()			
Suspeita Diagnóstica:			
CID10:			
CONDUTA			
ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO ()		ORIENTADO ()	
MEDICADO + OBSERVAÇÃO ()		MEDICADO E ORIENTADO ()	
		SOLICITADOS EXAMES + MEDICADO + OBSERVAÇÃO ()	
DATA:	HOR:	ASSINATURA E CARIMBO:	

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Internação
☐ Transferido ☐ Óbito

Data: / / Hora: : Hs

Assinat./Carimbo Médico

Assinat./Carimbo Enfermagem



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CGC: 13937149/0004-96



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CGC: 13937149/0004-96



DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Rua Augusto Mendonça, s/nº - Bonfim, CEP 40.415-006.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Rua Augusto Mendonça, s/nº - Bonfim, CEP 40.415-006.



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



CAUTELA DE MATERIAIS/ MEDICAMENTOS

SETOR:		DATA __/__/202__		
ITEM	DESCRIÇÃO DO MATERIAL		QUANTIDADE	
			SOLICITADA	FORNECIDA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
ASS. SOLICITANTE/ MATRICULA		ASS. DS/ MATRICULA		SAÍDA EM: _



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



CAUTELA DE MATERIAIS / MEDICAMENTOS

SETOR:		DATA __/__/202__		
ITEM	DESCRIÇÃO DO MATERIAL		QUANTIDADE	
			SOLICITADA	FORNECIDA
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
ASS. SOLICITANTE/ MATRICULA		ASS. DS/ MATRICULA		SAÍDA EM: _



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR



ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr (a)

Compareceu nesta Unidade no dia ____/____/____, para
realização de consulta no horário de _____ às
_____.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR



ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr (a)

Compareceu nesta Unidade no dia ____/____/____, para
realização de consulta no horário de _____ às
_____.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura



HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR
SEÇÃO DE ENFERMAGEM
ENTREGA DE EXAMES



ECG ()

MAPA ()

DATA DE ENTREGA DO LAUDO: ____ / ____ / ____

PACIENTE: _____

DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: _____



HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR
SEÇÃO DE ENFERMAGEM
ENTREGA DE EXAMES



ECG ()

MAPA ()

DATA DE ENTREGA DO LAUDO: ____ / ____ / ____

PACIENTE: _____

DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: _____



HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR
SEÇÃO DE ENFERMAGEM
ENTREGA DE EXAMES



ECG ()

MAPA ()

DATA DE ENTREGA DO LAUDO: ____ / ____ / ____

PACIENTE: _____

DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: _____



HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR
SEÇÃO DE ENFERMAGEM
ENTREGA DE EXAMES



ECG ()

MAPA ()

DATA DE ENTREGA DO LAUDO: ____ / ____ / ____

PACIENTE: _____

DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: _____

[illegible]

[illegible]



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CGC: 13937149/0004-96



TERMO DE RESPONSABILIDADE
() MAPA () HOLTER

Eu, _____
matrícula(militar) _____, portador
do RG nº _____, CPF _____,
residente à Rua _____ nº _____,
bairro _____, na cidade de _____,
CEP _____, declaro para os devidos fins que, nesta
data, recebi o aparelho MAPA cardiológico, marca DYNA, nº de
série/nº do aparelho _____, no valor de R\$ _____,
do Centro Médico Hospitalar da Polícia Militar da Bahia, situado à
Vila Militar da PMBA, em Salvador/BA. Assumo, a partir do
recebimento, total e irrestrita responsabilidade sobre o equipamento,
me comprometendo a restituí-lo no estado em que recebi no dia
_____ de _____ de _____, às ____:____ horas.
Contato: (_____) _____ ; e-mail: _____.

**Obs.: Caso haja atraso na devolução do aparelho, fico ciente que
poderei pagar uma multa no valor de R\$ _____
(_____).**

**Estou ciente que durante o período em que o referido
equipamento estiver sob minha guarda, serei o único responsável
por todos e quaisquer danos.**

Salvador/BA, ____ de _____ de _____

Assinatura



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CGC: 13937149/0004-96



TERMO DE RESPONSABILIDADE
() MAPA () HOLTER

Eu, _____
matrícula(militar) _____, portador do RG nº _____
_____, CPF _____, residente à Rua _____
_____, na cidade de _____, CEP _____,
declaro para os devidos fins que, nesta data, recebi o
aparelho MAPA cardiológico, marca DYNA, nº de série/nº do aparelho
_____, no valor de R\$ _____, do Centro Médico Hospitalar da
Polícia Militar da Bahia, situado à Vila Militar da PMBA, em Salvador/BA.
Assumo, a partir do recebimento, total e irrestrita responsabilidade sobre o
equipamento, me comprometendo a restituí-lo no estado em que recebi no dia
_____ de _____ de _____, às ____:____ horas.
Contato: (_____) _____ ; e-mail: _____.

**Obs.: Caso haja atraso na devolução do aparelho, fico ciente que poderei
pagar uma multa no valor de R\$ _____
(_____).**

**Estou ciente que durante o período em que o referido equipamento estiver
sob minha guarda, serei o único responsável por todos e quaisquer danos.**

Salvador/BA, ____ de _____ de _____

Assinatura

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DO S.U.S.
SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO

NOME DO PACIENTE		DOC. IDENTIDADE				
ENDEREÇO DO PACIENTE						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO				
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO / DATA	ASS. DO PACIENTE				
DATA		DATA				

SUS-1

IM 34 | D.H. 01/03/10 | REV. 02/04/12

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DO S.U.S.
SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO

NOME DO PACIENTE		DOC. IDENTIDADE				
ENDEREÇO DO PACIENTE						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO				
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO / DATA	ASS. DO PACIENTE				
DATA		DATA				

SUS-1

IM 34 | D.H. 01/03/10 | REV. 02/04/12

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DO S.U.S.
SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO

NOME DO PACIENTE		DOC. IDENTIDADE				
ENDEREÇO DO PACIENTE						
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO				
		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE	AUTORIZAÇÃO / DATA	ASS. DO PACIENTE				
DATA		DATA				

SUS-1

IM 34 | D.H. 01/03/10 | REV. 02/04/12



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

Beta HCG Sérico

CID Z13

Salvador, de de _20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

Beta HCG Sérico

CID Z13

Salvador, de de 20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER

CID Z13

Salvador, de de 20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER

CID Z13

Salvador, de de 20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito :

Hemograma Completo
Glicemia de Jejum
Hemoglobina Glicosilada
Creatinina e ureia
Sódio, Potássio e Magnésio
Colesterol Total e Frações
Triglicérides
TGO (AST) e TGP (ALT)
GAMA GT(GGT)
Amilase
CPK (Creatinofosfoquinase)
Lactato Desidrogenase (LDH)
TSH, AAT, T3 e T4 livre
Parasitológico de Fezes
Sumário de urina

CID Z13

Salvador, de de 20__

Oficial Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito :

Hemograma Completo
Glicemia de Jejum
Hemoglobina Glicosilada
Creatinina e ureia
Sódio, Potássio e Magnésio
Colesterol Total e Frações
Triglicérides
TGO (AST) e TGP (ALT)
GAMA GT(GGT)
Amilase
CPK (Creatinofosfoquinase)
Lactato Desidrogenase (LDH)
TSH, AAT, T3 e T4 livre
Parasitológico de Fezes
Sumário de urina

CID Z13

Salvador, de de 20__

Oficial Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO DE JUNTAS MILITARES ESTADUAIS DE SAÚDE
JUNTA MILITAR DE SAÚDE



FICHA DE EVOLUÇÃO

Dados de Identificação do Militar			
GH :	Nome:	Matrícula:	OPM:
CPF:	RG:	Data de Nascimento: / /	Data de Admissão: / /
Filiação:			

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		

Sessão nº:	Data: / /	Dias
Parecer:		
Assinatura		



POLICIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
JUNTA MILITAR ESTADUAL DE SAÚDE



NOME COMPLETO:	SEXO: [] M [] F	DATA NASC::
NOME SOCIAL	RG:	C.P.F.:

I- ANAMNESE

QUEIXA e HP.MA: _____

II- ANTECEDENTES MÉDICOS e EPIDEMIOLÓGICOS

Hipertensão Arterial...: [] Não [] Sim Angina Pectoris: [] Não [] Sim Diabetes Melitus...: [] Não [] Sim
Hiperlipidemia.....: [] Não [] Sim Tabagismo: [] Não [] Sim
Outros.....: [] Não [] Sim: _____
Uso de Suplementos...: [] Não [] Sim: _____
Atividade física: [] Nenhuma [] 1 a 2 vezes por semana [] 3 a 5 vezes por semana [] Acima de 5 vezes por semana
Medicações em uso ...: _____

III- EXAMES COMPLEMENTARES

HEMATOLÓGICOS E BIOQUÍMICOS		RESULTADO	
		Valor	NA
01	Hemograma completo		
02	Tipo sanguíneo		
03	Glicemia de jejum		
04	Hb glicosilada		
05	Creatinina sérica		
06	Ác. Úrico		
07	Sódio		
08	Potássio		
09	AST (TGO)		
10	ALT (TGP)		
11	CPK		
12	Colesterol	TOTAL	
		HDL-C	
13	Triglicérides		

IMUNOLÓGICOS E UROANALÍTICO		RESULTADO	
		Valor	NA
14	VDRL		
15	FTA-ABS		
16	Imunofluorescência p/ Chagas		
17	AgHBs		
18	Anti HCV		
19	Sorologia para HIV	HIV I HIV II	
20	Sorologia para HTLV		
21	Sumário de Urina		
22	Beta HCG		

OUTROS EXAMES		RESULTADO		
		Normal	Alt.	NA
23	Preventivo c/ parecer ginecológico			
24	Eletronecefalograma			
25	Ecocardiograma			
26	RX de tórax PA,			
27	RX Lombo sacra			

SE NECESSÁRIO DESCREVA OS DADOS ANORMAIS COM OS NÚMEROS CORRESPONDENTES

EXAME TOXICOLÓGICO		Não Apresentou []	
Laboratório:	Ident. do Teste:	Data da Coleta:	Resultado:
[] Ômega [] Psychomedics [] Outro: _____		____/____/____	[] Negativo [] Positivo

Declaro para os devidos fins que compareci na presente data ao departamento de Saúde da Polícia Militar da Bahia para inspeção e entrega dos exames médicos complementares e : [] Todos os exames foram entregues [] Faltou entregar os exames abaixo descritos:

Assinatura do Candidato inspecionado

_____, ____/____/____.

Declaramos para os devidos fins que o candidato _____, CPF _____, compareceu na presente data ao departamento de Saúde da Polícia Militar da Bahia para inspeção e entrega dos exames médicos complementares e [] Todos os exames foram entregues [] Faltou entregar os exames abaixo descritos:

Médico examinador

_____, ____/____/____.

N.A.: Não Apresentou

EXAME OFTALMOLOGICO		Não Apresentou []	
	S/Correção	Com Correção	P.I.O.
O.D.			
O.E.			

Observações: _____

TESTE ERGOMÉTRICO		Não Apresentou []	
VO ₂ Mac	Aptidão Cardiorespiratória (AHA): [] Muito Fraca [] Fraca [] Regular [] Boa [] Excelente		
Isquemia: [] Não [] Sim	Arritmia: [] Não [] Sim	H.A.S.: [] Não [] Sim	

Observações: _____

AUDIOMETRIA				Não Apresentou []				
Limiares auditivos de até 25 decibéis (db) nas frequências:				Limiares auditivos de até 35 decibéis (db) nas frequências:				
	250 Hz	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	3.000 Hz	4.000 Hz	6.000 Hz	8.000 Hz
D	[] Sim [] Não: _____				[] Sim [] Não: _____			
E	[] Sim [] Não: _____				[] Sim [] Não: _____			

Observações: _____

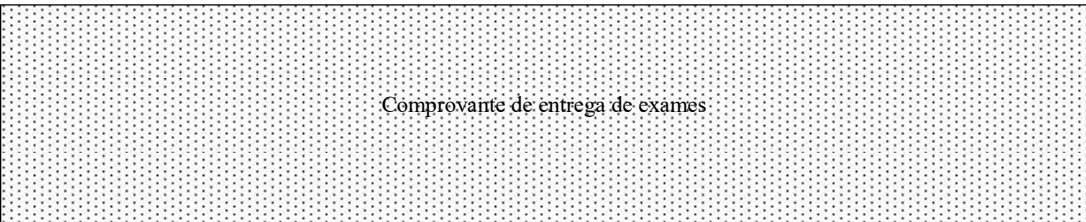
IV- RELATÓRIO CARDIOLÓGICO	
[] Apto [] Inapto [] Inconcluso [] Não apresentou	

PARECER (itens I, II, III e IV)	
[] APTO [] INAPTO (Descreva o motivo da Inaptidão) _____ _____ _____, __/__/____	
Local e Data	Assinatura e carimbo do médico

V- EXAME FÍSICO											
ALTURA:		PESO:		PULSO:		TA: _____ X _____ mmHg		IMC:		EXAME SEGMENTAR SIGLAS: N = NORMAL A = ALTERADO NE = NÃO EXAMINADO	
N	A	NE	SEGMENTOS			N	A	NE	SEGMENTOS		
			01- Ap. Cardiovascular						04- Membros Superiores		
			02- Ap. Respiratório						05- Membros Inferiores		
			03- Abdômem						06- Coluna		
									08- Genitália		
									07- SNC (postura, marcha, equilíbrio, coordenação, reflexos, etc.)		
									09- Outros		
DESCREVER APENAS OS DADOS ANORMAIS COM OS NÚMEROS CORRESPONDENTES											
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____											

PARECER DO EXAME FÍSICO: [] APTO [] INAPTO (DESCREVA O MOTIVO DA INAPTIDÃO)	
_____ _____ _____, __/__/____	
Local e Data	Assinatura e carimbo do médico

VI- OBSERVAÇÕES	
_____ _____ _____ _____ _____ _____	



FICHA MÉDICA PERIÓDICA

IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE

1. Examinado

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Cad: _____ CPF: _____ Data de admissão: ____/____/____
 Sexo: M ☐ F ☐ Posto/Grad: _____ Data nascimento: ____/____/____
 Operacional ☐ ADM ☐ Função atual: _____ Cel/Wp: _____
 Plano de saúde: não ☐ Planserv ☐ Outro: _____
 OPM: _____ Email: _____

2. Queixa Atual: _____ ☐ Sem queixas

3. Afastamentos do trabalho pela Junta Médica de Saúde: ☐ não ☐ sim

Motivo: _____ Período: _____

Restrições pela JMS: _____ ☐ Atualmente sem restrição operacional

4. Interrogatório Sistemático

Alterações oftalmológicas	sim ☐ não ☐	Alterações odontológicas	sim ☐ não ☐	Alterações na coluna	sim ☐ não ☐
Alterações auditivas	sim ☐ não ☐	Alergias de pele	sim ☐ não ☐	Alterações membros superiores	sim ☐ não ☐
Alterações nasais	sim ☐ não ☐	Dor torácica	sim ☐ não ☐	Alterações membros inferiores	sim ☐ não ☐
Alterações garganta	sim ☐ não ☐	Dor abdominal	sim ☐ não ☐	Varizes	sim ☐ não ☐
Tremores / Tontura	sim ☐ não ☐	Estresse	sim ☐ não ☐	Depressão	sim ☐ não ☐

Histórico de cirurgias: _____

b) Hábitos de vida:

Etilismo sim ☐ não ☐	Tabagismo: sim ☐ não ☐	Insônia sim ☐ não ☐
Uso de medicamentos sim ☐ não ☐	Atividade física: sim ☐ não ☐	Uso de suplementos: sim ☐ não ☐

Medicamentos em uso: _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

a) Pele: alterações de pele sim ☐ não ☐ cicatrizes sim ☐ não ☐ tatuagem sim ☐ não ☐ local: _____
 Peso: _____ Kg; altura: _____ m; IMC: _____ Kg/m (peso / altura²) Circ. Abd: _____ cm
 b) PA _____ x _____ mmHg FC _____ bpm

Local: ____/____/____ Assinatura da enfermagem: _____
 (com carimbo)

EXAMES COMPLEMENTARES (preenchimento restrito ao médico):

N: Normal A: Alterado

EXAME	N	A	ESPECIFICAR	EXAME	N	A	ESPECIFICAR	EXAME	N	A	ESPECIFICAR
Hemograma				Amilase				PSA			
Glicemia				TGO				Sum. de urina			
Hb glicosilada				TGP				P. de Fezes			
Uréia				GGT				TSH			
Creatinina				CPK				T3			
Colesterol total				LDH				T4 livre			
HDL				Sódio				AAT			
LDL				Potássio				BHCG			() Negativo () Positivo
Triglicérides				Magnésio							

DATA: ____/____/____

DATA: ____/____/____

Ecocardiograma Não apresentou ()
 () Normal () Alterado: _____

Teste Ergométrico		Não apresentou ()	
VO ₂ Max		Aptidão Cardio respiratória: () Fraca () Regular () Boa () Excelente	
Isquemia () sim () não	Arritmia () sim () não	HAS () sim () não	

DATA: ____/____/____

EXAME	N	A	ESPECIFICAR
Rx Tórax			
Mamografia			

DATA: ____/____/____

Avaliação Cardiológica	Não apresentou ()
() Apto () Apto com restrição () Inapto () Inconcluso	

PARECER para o TAF:

Data: ____/____/____ ☐ Pendência: _____

☐ Apto ☐ Apto com restrição: _____ ☐ Inapto: _____

Assinatura examinado

Assinatura do Médico

Funções do policial militar

- | | |
|--|---|
| () Policiamento externo | () Atividade administrativa |
| () Atividade de guarda | () Condução de viatura operacional pesada |
| () Policiamento velado armado | () Condução de viatura operacional leve |
| () Operações específicas de CIPEs e do BPChq | () Condução de viatura administrativa |
| () Busca e salvamento aquático | () Policiamento Montado – Equitação |
| () Busca e salvamento aéreo e em altura | () Atividades de rádio-operação e de telecomunicação |
| () Atividades de ensino, docência e atividades técnicas de maneabilidades e ordem unida | () Atividades específicas que exijam levantamento e/ou carregamento de material pesado |
| () Atividades de aeródromo | () Atividades de tripulante em aeronave militar |
| () Combate a incêndio | () Busca e salvamento terrestre e subterrâneo |
| () Atividades de assistência à saúde | () Mergulhadores |
| () Atividade de atendimento pré-hospitalar | () Atividades da Banda de música |
| () Motopatrulhamento | () _____ |

Observações:

[illegible]



Declaramos para os devidos fins que o candidato _____,
CPF _____, compareceu na presente data ao departamento de Saúde da Polícia Militar da Bahia para inspeção e entrega do
exame odontológico e: ☐ Rx Panorâmica da Face foi entregue ☐ Faltou entregar o Rx Panorâmica da Face:
_____, ____/____/____.
Odontólogo examinador



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

MAMOGRAFIA

CID Z13

Salvador, de de _20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

MAMOGRAFIA

CID Z13

Salvador, de de _20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito :

PSA

CID Z13

Salvador, de de 20__

Oficial Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito :

PSA

CID Z13

Salvador, de de 20__

Oficial Médico (Assinatura e CREMEB)



POLICIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
JUNTA MILITAR ESTADUAL DE SAÚDE



EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

Assinale as respostas às perguntas que aqui estão formuladas. Se tiver dúvidas sobre alguma indagação, deixe a resposta em branco e pergunte ao oficial médico da banca examinadora por ocasião do seu exame de saúde.

Perguntas:		Não	Sim
01	Já recebeu benefício (salário) de algum órgão de previdência, em decorrência de doença ou acidente? Se sim, descreva o ocorrido e a data: _____	()	()
02	Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?	()	()
03	Você tem algum problema que o impede de participar de atividades físicas sem supervisão médica? Se sim, especifique: _____	()	()
04	Você tem ou teve problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões ou desmaios? Se sim, especifique: _____	()	()
05	Você tem dificuldade para distinguir cores (Daltonismo)	()	()
06	Teve ou tem alguma doença que precisou de tratamento prolongado ou internamento? Se sim, descreva o ocorrido: _____	()	()
07	Usou ou usa algum medicamento regularmente? Se sim, especifique: _____	()	()
08	Você faz uso de termogênicos ou substâncias ergogênicas (esteroides anabólicos androgênicos, eritropoietina, Efedrina, etc.) Se sim, especifique: _____	()	()
09	Você já sentiu dor no peito quando praticava atividade física?	()	()
10	Você já perdeu a consciência em alguma ocasião ou sofreu alguma queda em virtude de tontura?	()	()
11	Você possui problema ósseo ou articular (joelho, Tornozelo, ombro, cotovelo , etc) que piora pela atividade física?	()	()
12	Você ultimamente toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?	()	()
13	Você Já fez alguma cirurgia? Se sim, especifique: _____	()	()
14	Você tem algum problema alérgico (medicação, asma, bronquite, etc)? Se sim, especifique: _____	()	()
15	Você tem ou teve zumbidos no ouvido, tontura e desmaios? Se sim, especifique: _____	()	()
16	Você já usou arma de fogo ou trabalhou ou esteve exposto a ambiente com alto nível de ruído? Se sim, especifique: _____	()	()
17	Você Teve ou tem algum vício? (álcool, drogas, cigarro, outros)? Se sim, especifique: _____	()	()
18	Você Já foi candidato a inclusão na PMBA em ocasião anterior e não conseguiu ser aprovado? Se sim, quando? E que exame?: _____	()	()
19	Você já trabalhou anteriormente na PMBa? Se sim, quando, onde e por que saiu? _____	()	()
20	Existe alguma doença que seja comum a vários membros da família? Se sim, especifique: _____	()	()

Eu, _____, CPF _____, [nome completo do candidato]
RG n.º _____, declaro que todas as informações que prestei no questionário acima são verdadeiras e completas. Declaro ter conhecimento que qualquer informação inverídica prestada ou omissão cometida no preenchimento das respostas dos quesitos, poderá me imputar sanções legais, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Candidato



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

RADIOGRAFIA DO TÓRAX COM LAUDO.

CID Z13

Salvador, de de 20__

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

RADIOGRAFIA DO TÓRAX COM LAUDO.

CID Z13

Salvador, de de 20__

Médico (Assinatura e CREMEB)

ATESTADO MÉDICO

PARA REALIZAÇÃO DO T.A.F. (Teste de Aptidão Física)

O Policial Militar deverá solicitar ao seu Médico Assistente o preenchimento deste formulário para ser submetido à Inspeção para Promoção/Curso.

Atesto para fins de Teste de Aptidão Física, conforme a tabela de referência apresentada no rodapé deste documento, que o Sr(a). _____

_____ RG nº _____, com _____ anos, foi por mim examinado e, no momento, emito o parecer abaixo assinalado:

☐

Não há contra-indicações da participação do paciente no tipo de atividade física citado abaixo (tabela de referência para TAF), podendo realizar o teste de forma segura;

☐

Para este paciente é restrito atividades do tipo: _____

☐

Aconselho ao paciente a não participar das atividades abaixo propostas (tabela de referência para TAF).

_____ de _____ de 20____.
(cidade)

(Assinatura e carimbo do cardiologista)

Endereço: _____

Telefone para contato: (____) _____ (____) _____ (____) _____

RESUMO ÍNDICES TAF (A) / (Separata 12 de abril de 2024 – Novo Manual).

Gênero	Faixa etária	Barra Dinâmica Até 35 anos	Barra Estática Até 35 anos	Flexão de Cotovelos	Corrida 50m Até 35 anos	Teste abdominal (36 acima)	Corrida 2.400m (Até 47 anos)	Natação 25m (seg.)	Caminhada 1.600m (min.)	Natação 100m (seg.)	Natação 12 min.	Correr e/ou Caminhar 12min.	Prancha Abdominal Isométrica (seg)
MASCULINO	Até 23 anos	5	-	27	08"00	44	12"00	25"00	14"00	1'50"	400m	2400m	90"
	24 a 29 anos	4	-	25	08"20	40	13"00	27"00	14"00	2'00"	400m	2400m	85"
	30 a 35 anos	4	-	23	08"40	36	14"00	29"00	15"00	2'10"	400m	2300m	80"
	36 a 41 anos	3	-	21	08"60	33	15"00	31"00	15"00	2'20"	300m	2100m	75"
	42 a 47 anos	3	-	19	08"80	30	16"00	33"00	16"00	2'30"	300m	1900m	70"
	48 a 53 anos	2	-	17	09"00	27	16"30	35"00	16"00	2'40"	250m	1700m	65"
	54 anos acima	2	-	15	09"20	24	17"00	37"00	17"00	2'50"	250m	1500m	60"

Gênero	Faixa etária	Barra Dinâmica Até 35 anos	Barra Estática Até 35 anos	Flexão de Cotovelos	Corrida 50m Até 35 anos	Teste abdominal (36 acima)	Corrida 2.400m (Até 47 anos)	Natação 25m (seg.)	Caminhada 1.600m (min.)	Natação 100m (seg.)	Natação 12 min.	Correr e/ou Caminhar 12min.	Prancha Abdominal Isométrica (seg.)
FEMININO	Até 23 anos	-	15"	27	09"00	40	14"00	29"00	15"00	2'10"	300m	2000m	70"
	24 a 29 anos	-	14"	25	09"20	36	15"00	31"00	15"00	2'20"	300m	2000m	65"
	30 a 35 anos	-	12"	23	09"40	33	16"00	33"00	16"00	2'30"	300m	1900m	60"
	36 a 41 anos	-	10"	21	09"60	30	16"30	35"00	16"00	2'40"	250m	1800m	55"
	42 a 47 anos	-	09"	19	09"80	27	17"00	37"00	17"00	2'50"	250m	1700m	50"
	48 a 53 anos	-	07"	17	10"00	24	17"30	39"00	17"00	3'00"	200m	1600m	45"
	54 anos acima	-	05"	15	10"20	20	18"00	41"00	18"00	3'10"	200m	1500m	40"

Zrupos	SUBSTITUIÇÃO DE TESTES POR RESTRIÇÃO MÉDICA		
A E	Teste 01 (Barra Dinâmica)	Por	Teste 03 (Flexão de Cotovelo)
A E	Teste 02 (Barra Estática)	Por	Teste 03 (Flexão de Cotovelo)
C D	Teste 04 (Abdominal)	Por	Teste 16 (Flutuação AD) Teste 20 (Prancha Abdominal Isométrica)
B / C D / E	Teste 05 (Corrida de 50m)	Por	Teste 11 (Natação 25m)
B / C D / E	Teste 08 (Corrida de 2400m)	Por	Teste 17 (Caminhada de 1600m) Teste 18 (Natação 12min) Teste 19 (Correr e/ou Caminhar 12min)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

Teste Ergométrico

CID Z13

Salvador, de de 20____

Médico (Assinatura e CREMEB)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
CNPJ: 13937149/0004-96

RECEITUÁRIO

Para:

Solicito

Teste Ergométrico

CID Z13

Salvador, de de 20____

Médico (Assinatura e CREMEB)



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ODONTOCLÍNICA**

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins,
que _____
compareceu neste Serviço Odontológico das _____
às _____, sendo atendido na Clínica.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ODONTOCLÍNICA**

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins,
que _____
compareceu neste Serviço Odontológico das _____
às _____, sendo atendido na Clínica.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ODONTOCLÍNICA**

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins,
que _____
compareceu neste Serviço Odontológico no
turno _____ sendo atendido na
Clínica _____, necessita de
() _____ dias de dispensa para
tratamento.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ODONTOCLÍNICA**

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins,
que _____
compareceu neste Serviço Odontológico no
turno _____ sendo atendido na
Clínica _____, necessita de
() _____ dias de dispensa para
tratamento.

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Cirurgião Dentista



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Nome: _____ D.Nasc _____ / _____ / _____

Militar () Dependente () _____ Funcionario Civil () Outros _____

Nome do Titular ou Responsável: _____

Posto/Graduação.: _____ Mat _____ OPM: _____

Endereço _____ N° _____

Complemento _____ Bairro _____ CEP _____

Tel() _____ Celular() _____ WhatsApp () _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Está em tratamento médico atualmente? Sim() Não() Qual(is) _____

Está fazendo uso de alguma Medicação? Sim() Não() Qual(is) _____

Gravidez? Sim() Não() Se sim quantos meses _____

Tem alergia? Sim() Não() Qual(is) _____

Já realizou alguma cirurgia? Sim() Não() Qual(is) _____

Tem problemas com anestesia? Sim() Não() Qual(is) _____

Tem problemas de cicatrização? Sim() Não()

Tem problemas de Hemorragia? Sim() Não()

HISTORICO DE ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS:

Febre Reumática: Sim() Não() Problemas Cardíacos: Sim() Não()

Problemas Renais: Sim() Não() Problemas Gástricos: Sim() Não()

Problemas Hepáticos: Sim() Não() Problemas Respiratórios: Sim() Não()

Diabetes: Sim() Não() Hipertensão Arterial: Sim() Não()

Covid 19: Sim () Não() Outros _____

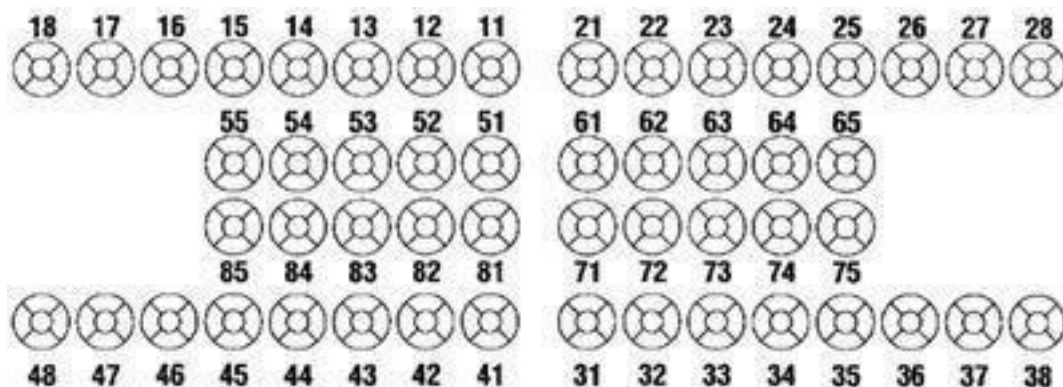
Queixa principal _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura legível do Paciente ou seu Responsável Legal

ODONTOGRAMA



TRATAMENTO REALIZADOS

DATA	PROCEDIMENTOS REALIZADOS	ASS. PACIENTE	ASS DENTISTA	CID

OBS _____

DISPENSA () DIAS _____ A CONTAR DE _____ / _____ / _____ CID _____

HOMOLOGAÇÃO () DIAS _____ A CONTAR DE _____ / _____ / _____ CID _____

 ASINATURA E CARIMBRO (CRO) (Obrigatório)



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
ODONTOCLÍNICA
PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO Nº. (_____)



Nome do Paciente: _____

Situação PM: ATIVA () R/R () R/NR () REF () AGR () OUTRA () _____

Responsável: _____

Data Nasc: ____/____/____ Estado Civil: _____ Sexo () Profissão _____

Reside em: _____

Tel: () _____ (R) _____ (cel) _____ (outro) _____

Posto/Grad.: _____ Unidade _____

Endereço/UO _____ Tel: () _____

Matrícula: _____ RG _____ Org.Emissor _____

HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL DE SAÚDE

Queixa principal: _____

Tratamento médico e/ou uso de medicamentos e última revisão: _____

Sofreu ou sofre de alguma das patologias, situações clínicas ou sintomas abaixo? (+)

SISTEMAS

CARDIOVASC	RESPIRATÓRIO	ENDÓCRINO	DIGESTIVO	NERVOSO	INFECÇÕES
Hipertensão	Asma	Diabetes I II	Gastrite	Epilepsia	HIV
Hipotensão	Tuberculose	Hipertireoid.	Úlcera	Alt. Sono	Herpes I II
Cardiopatia	Rinite Alérgica	Hipotireoid.	Refluxo GE	Cefaléia	Sífilis
F.Reumática	Hipert. Adenóide	Obesidade	Ins. Hepática	Convulsão	Hepatite A B C
Trombose	Sinusite	Alt. Hormonais	Constipação	Desmaio	Candidíase
A. Falciforme	Bronquite	Gota	Bulimia		Tétano
Hemofilia	Ins. Respiratória		Anorexia		Meningite
Hemorragia	Apnéia (ronco)				Hanseníase
Anemia	Resp. Bucal				
HÁBITOS	LOCOMOTOR	RENAL	OUTROS	BUCOMAXILO	ATM
Drogas	Paraplegia	Litíase	Tumores	Amigdalite	Dor
Tabagismo	Tetraplegia	Incontinência	Gestante	Estomatite	Estalo
Alcoolismo	Reumatismo	Cistite	Lactante	Faringite	Crepitação
Onicofagia	Artrose	Pielonefrite	Climatério	Sialorréia	Trismo
Rói objetos	Fratura	Ins. Renal	Alergia	Xerostomia	Luxação
Suga dedo	Hérnia Discal	Transplante	Alt. Psiquiat.	Parotidite	Trauma
Suga língua	Osteoporose		Depressão	Sialolitíase	
Bruxismo			Ansiedade		

Outras patologias: _____

Antecedente familiares: _____

Pratica exercícios físicos? () Tipo _____ Frequência _____

Tensão Arterial _____ mmHg em _____.

Tensão Arterial _____ mmHg em _____.

Última Consulta Odontológica: _____ Motivo: _____

Para a Higiene Bucal Utiliza: Palito() Fio/Fita dental() Superfloss() Passafio()
 Escova Interdental() Limpador de língua() Bochechos com _____
 Tipo da escova dental que utiliza: _____

Períodos em que escova os dentes:

Creme ou Gel Dental? Marca _____ Tempo de escovação: _____

Dieta:

Períodos das refeições: _____

Tipos de alimentos consumidos: _____

SISTEMA DE TRIAGEM PERIODONTAL (Periodontal Screening and Recording)

PSR:

16/17 11 26/27 Em ____/____/____

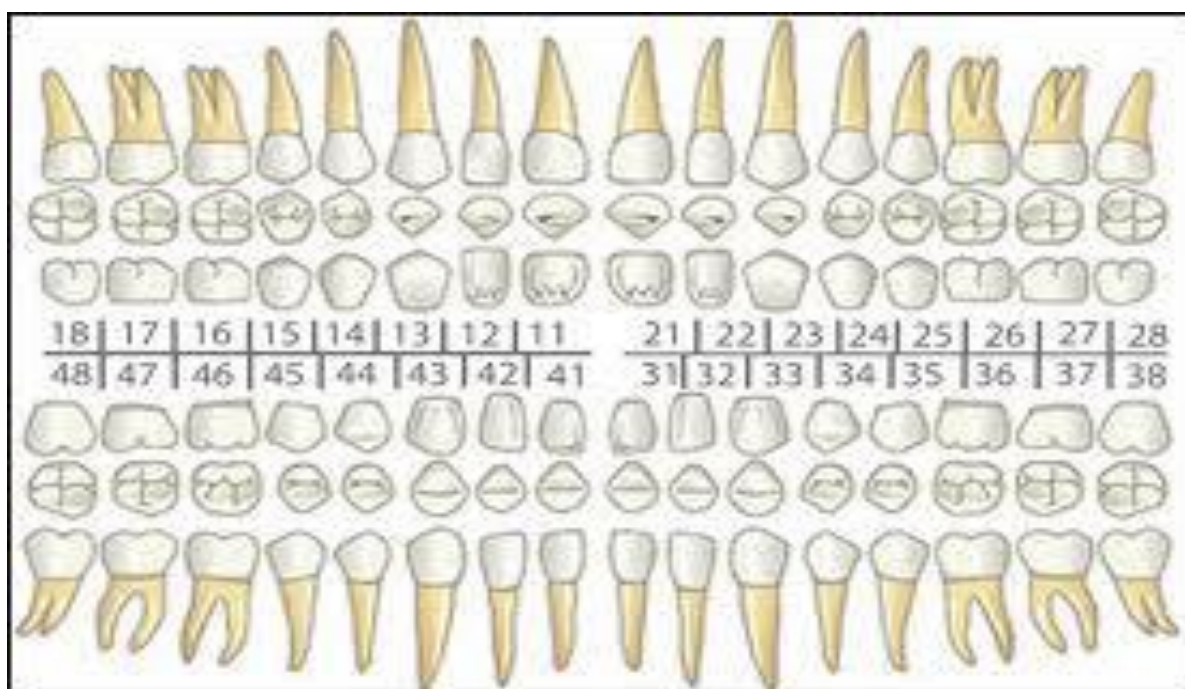
46/47 31 36/37

16/17 11 26/27 Em ____/____/____

46/47 31 36/37

Índice de placa actual _____ %

ODONTOGRAMA DIAGNÓSTICO



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL ODONTOLÓGICA

Oclusão	
Higiene Oral e Atividade de Cárie	
Lesões Cariosas	
Comprometimento Pulpar/Periapical	
Doença Periodontal	
Nec. de Prótese/Reabilitação Oral	

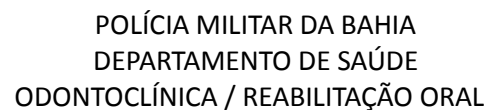
PLANO DE TRATAMENTO

PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL – I	Diagnóstico, Plano de Tratamento e Coleta de Dados Epidemiológicos	
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL –II	Orientação de Escovação e Prevenção Odontológica (Motivação, Controle de Placa, Fluoretação)	
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL -III	Adequação de Meio Bucal (Colocação de Barreiras Terapêuticas, Raspagem Supragengival e Profilaxia)	
EXODONTIA		
ENDODONTIA		
PERIODONTIA		
CIRURGIA		
IMPLANTODONTIA		
RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA		
RESTAURAÇÃO DE RESINA		
PRÓTESE UNITÁRIA FIXA		
PRÓTESE PARCIAL FIXA		
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL		
PRÓTESE TOTAL		
ORTODONTIA		

Assumo inteira responsabilidade pelas informações fornecidas por mim, sobre meu estado de saúde e dados pessoais, bem como declaro ter sido informado sobre o tratamento proposto, possibilidades, perspectivas, riscos e benefícios. Aceito e autorizo a realização dos procedimentos propostos, comprometendo-me a cumprir a orientação do profissional responsável. Estou ciente de que em caso de falta às consultas agendadas, meu tratamento ficará prejudicado, minha vaga será preenchida por outro paciente e não poderei não ter remarcado o meu retorno até que um novo ciclo de fases da Promoção de Saúde Bucal (PSB) seja reiniciado (próximo mês).
Salvador, ____/____/____,

_____.

[illegible]

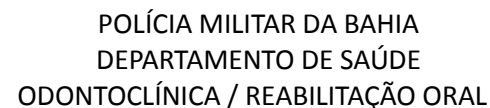


SOLICITANTE: _____ DATA: ____/____/____

[illegible]

Data do recebimento
____/____/____

Assinatura do recebedor:



REQUISIÇÃO DE MATERIAL AO ALMOXARIFADO

SOLICITANTE: _____ DATA: ____/____/____

[illegible]

Data do recebimento
____/____/____

Assinatura do recebedor: _____



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL POLICIA MILITAR



ENTREVISTA DE RENOVAÇÃO PARA PORTE DE ARMA DE FOGO

I – IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

Nome: _____ Posto/Graduação: _____

Data. de Nasc.: _____ Mat.: _____ Data: _____

- 1- Fale sobre quem é você e sua história de vida.
- 2- Há quanto tempo possui arma de fogo?
- 3- Já fez treinamento ou curso de arma de fogo?
- 4- O que te trouxe para obtenção/renovação de porte de armas?
- 5- O que é prioridade no uso ou porte de arma de fogo?
- 6- Já teve restrição de uso de arma de fogo?
- 7- Já houve algum incidente com arma de fogo?
- 8- Já foi diagnosticado alguma vez com depressão, ansiedade ou alteração do humor?
- 9- Já fez alguma vez o uso de medicação controlada?
- 10- Fale sobre o bom e o mal uso de arma de fogo em uma situação específica.

Observações diversas:

Salvador, _____ de _____ de _____

Psicólogo
CRP



Cliente: _____

[illegible]



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Coordenação de Fisioterapia



Ficha de Avaliação de Fisioterapia

Nome: _____

Data de Atendimento: _____ Origem do Paciente: JMS () Central de Marcação ()

Policial () Matrícula _____ OPM: _____

Dependente () Titular Resp.: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Data de Nasc.: _____ Sexo: F () M () Est. Civil: _____

R.G. _____ Telefone: _____

Revisão dos Sistemas: PA: _____ FC: _____

HPP:DM () HAS () Cardiopatia () AVC () Neoplasias ()

Osteoporose () Insuf. Renal () Outros: () _____

História Familiar:

Queixa Principal: _____

Tempo da queixa: _____

Dor: Sim () Não () Nível de dor (EVA): _____

Faz uso de medicamento? Não () Sim () Qual?: _____

Tabagista: Não () Sim () Há quanto tempo? _____

Etilista: Não () Sim () Vezes/semana: _____

Pratica esporte? Não () Sim () Qual? _____

HMA:

Exames Complementares Apresentados: Raio X () US () RNM () TMC ()

Diagnóstico Médico: _____

Diagnóstico Fisioterapêutico:

Assinatura do Paciente/ Responsável: _____

Assinatura e Carimbo do Fisioterapeuta



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Coordenação de Fisioterapia



Ficha de Avaliação de Acupuntura

Nome: _____

Data de Atendimento: _____ Origem do Paciente: JMS () Central de Marcação ()

Policial () Matrícula _____ OPM: _____

Dependente () Titular Resp.: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Data de Nasc.: _____ Sexo: F () M () Est. Civil: _____

R.G. _____ Telefone: _____

Queixa Principal: _____

Cabeça: _____

Ouvidos: _____

Olhos: _____

Nariz: _____

Boca: _____

Garganta /Pulmão: _____

Digestão: _____

Intestinos: _____

Sede: _____

Urina: _____

Menstruação: _____

Libido: _____

Sono: _____

Alguma dor pelo corpo? _____

Calor ou Frio? _____

Sudorese: _____

Cabelos / Unhas: _____

Emocional: _____

Doenças Crônicas: _____

Cirurgias: _____

Medicamentos de uso contínuo: _____

Algo mais? _____

Pulso:

Direito _____

Esquerdo _____

Língua:

Cor _____

Saburra _____

Forma _____

Umidade _____

Diagnóstico: Interno () / Externo () Deficiência () / Excesso () Frio () / Calor () Yin () / Yang ()

Tratamento: _____

Assinatura do Paciente/ Responsável: _____

Assinatura e Carimbo do Fisioterapeuta



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

FICHA DE ENCERRAMENTO PSICOLOGIA

NOME		MAT.
POSTO/GRADUAÇÃO/DEP	UNIDADE	
TEL.	RESPONSÁVEL	
END.		
DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	
MOTIVO DO ENCERRAMENTO () PEDIDO () ABANDONO () CONCLUÍDO () OUTROS _____		
ENCAMINHAMENTO		
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

FICHA DE ENCERRAMENTO PSICOLOGIA

NOME		MAT.
POSTO/GRADUAÇÃO/DEP	UNIDADE	
TEL.	RESPONSÁVEL	
END.		
DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	
MOTIVO DO ENCERRAMENTO () PEDIDO () ABANDONO () CONCLUÍDO () OUTROS _____		
ENCAMINHAMENTO		
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		

Evolução

Nome: _____

[illegible]



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL



Ficha de Triagem Adulto - Psicologia

IDENTIFICAÇÃO				
NOME			POSTO / GRADUAÇÃO	
NOME DO DEPENDENTE			VÍNCULO	
ENDEREÇO				
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	CPF	RG / MATRÍCULA	PLANO DE SAÚDE
ACESSO AO SERVIÇO () ESPONTÂNEO () UNIDADE () PROFISSIONAL DE SAÚDE () DS () 1ª vez () OUTROS _____ Já foi ao psicólogo antes? () Não () Sim Quando? _____ Período _____ UNIDADE _____				
DATA DE ADMISSÃO	TELEFONES	TIPO SANGÜÍNEO	RELIGIÃO	COR
ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	E-MAIL	FILHOS SIM () NÃO () QUANTIDADE _____	
EM CASO DE EMERGÊNCIA LIGAR PARA: Nome _____ Telefone _____				
SAÚDE				
Qual patologia já desenvolveu? () Hipertensão () Cardiopatia () Diabetes () Depressão () Outra _____ Já ficou internado? () Não () Sim Quando? _____ Local: _____ Motivo: _____				
Consome bebida alcoólica: () Não () Sim () 1 – 2 x semana () 3 – 4x semana () todos os dias				
Realiza atividades físicas: () Não () Sim () 1 – 2 x semana () 3 – 4x semana () todos os dias				
Toma algum medicamento? () Não () Sim Qual: _____				
Faz uso de cigarro? () Não () Sim () 1 – 2 x semana () 3 – 4x semana () todos os dias Tempo _____				
DADOS PESSOAIS: TRABALHO E LAZER				
Profissão	Função	Outra atividade	Habilidades	
Turno de trabalho () matutino () vespertino () noturno () todos				
O que você faz nas horas livres () cinema () praia () teatro () shopping () leitura () caminhada () corrida () academia () esporte _____ () igreja/centro () viajar () barzinho () show () lar () outro _____ () nenhum				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS				
Ficha aplicada em: ____/____/____ Pelo Psicólogo: _____ Permanecerá em atendimento () Sim () Não				
Dia de atendimento: _____ Horário de atendimento: _____ Data de encerramento: _____				
Encaminhamento: () Não () Sim Local: _____ Especialidade: _____				
Orientações: () Buscar serviço em outra instituição Motivo: _____				
<u>QUEIXA INICIAL:</u> 				

Psicólogo (a)

CRP _____



POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CENTRO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL



PARECER PSICOLÓGICO

PSICÓLOGO(A): _____ CRP _____

SOLICITANTE: Sr.(a) _____

FINALIDADE: () Renovação de Porte de arma de fogo
() Força Nacional
() Outros

CONCLUSÃO:

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura Psicólogo(a)
CRP

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface. There is no handwriting or other markings on the paper.

Assinatura/Carimbo do Fisioterapeuta



**POLÍCIA MILITAR DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REABILITAÇÃO**



TERMO DE COMPROMISSO

Nome: _____ Matrícula: _____

A Coordenação de Reabilitação da Polícia Militar da Bahia preocupado com a qualidade e melhora constante no atendimento de seus pacientes determina os procedimentos no que tange às faltas e atrasos, nas sessões de fisioterapia.

01 (uma) falta não justificadas implicam no desligamento do tratamento.

São faltas justificadas:

- **Atestados médicos;**
- **Atestados odontológicos;**
- **Escala de serviço da unidade.**

OBSERVAÇÕES:

1. Prioridade de atendimentos: Junta Médica, Policiais e Funcionários Civis e Dependentes.
2. O número de sessões de fisioterapia será limitado a 10 (dez) sessões por paciente, sendo que a alta será definida pela equipe técnica.
3. Os atrasos prejudicam os procedimentos e conseqüentemente os pacientes que serão atendidos posteriormente.
4. Estipula-se 15 (Quinze) minutos de tolerância após o horário previsto de atendimento, ultrapassado o limite estipulado, implicará na não realização da sessão.
5. Em caso de atrasos inferiores a 15 (Quinze), o atendimento será realizado dentro do período restante da sessão.
6. O paciente deverá assinar o mapa de atendimento ao final de cada sessão.
7. A assiduidade no tratamento aumenta a possibilidade de melhora na alteração que o trouxe para o tratamento.
8. Poderá ocorrer espera referente à entrada para a terapia, devido ao fluxo de pacientes em um determinado horário.
9. Não é permitida a permanência de pacientes nos setores de atendimento fora do horário previsto.
10. O acesso às dependências da VPMB só é permitido trajando calça ou saias/vestidos abaixo do joelho. Caso o paciente necessite utilizar alguma peça diferente, deverá trazer consigo para trocar.

Declaro estar ciente,

Salvador, ____ / ____ / ____.

Assinatura