



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N° 001/2023/SMS/PMA

Processo nº: 08050002/2023
Tipo: Credenciamento nº 001/202023
Modalidade: Inexigibilidade
Critério: Tabela SUS + 100%
Edital: 001/2023

A Prefeitura Municipal de Apodi/RN, com sede na Praça Francisco Pinto, 56 – Centro de Apodi, torna público que fará realizar seleção e possível contratação de entidades privadas com e sem fins lucrativos, com e sem títulos de filantropia prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Município de Apodi.

1. PREÂMBULO

1.1 – IDENTIFICAÇÃO

1.1.1 – A PREFEITURA MUNICIPAL DE APODI, por intermédio de sua Comissão Permanente de Licitação, instituída pela Portaria nº 1029/2022, de 22 de Julho de 2022, torna público para conhecimento dos interessados, que fará realizar “CHAMADA PÚBLICA”, para CREDENCIAMENTO, regida, no que couber pela Lei 8.666/93 e por este Edital e seus anexos. A documentação relativa à habilitação deverá ser entregue à Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura de Apodi, localizada na Praça Francisco Pinto, 56 - Centro, em envelope lacrado e devidamente identificado da seguinte forma: Envelope nº 1 – “DOCUMENTOS”.

2. DO OBJETO

2.1 - Este procedimento visa convocar através de Chamada Pública (Credenciamento) todos os prestadores de serviço da rede privada com e sem fins lucrativos, com e sem títulos de filantropia que possuam interesse em prestarem atendimento/serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde na média e alta complexidades, em atendimento ambulatorial e/ou cirúrgico de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Município de Apodi/RN, para assim compor (em) Banco de Prestadores de serviço para possível futura contratação de serviços ambulatorial e/ou cirúrgico na área de saúde.

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
SUB-GRUPO 04 – RADIOLOGIA

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
SUB-GRUPO 05 – ULTRASSONOGRAFIA.

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
SUB-GRUPO 11 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

GRUPO 03 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

SUB-GRUPO 02 – FISIOTERAPIA.

Grupo 07 - ORTESES E PROTESES

SUBGRUPO 01 - NÃO RELACIONADAS AO ATO CIRÚRGICO

2.2 - Ou seja, possível contratação de entidades privadas, com e sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de saúde para a realização de procedimentos com finalidade diagnóstica, discriminados no Grupo 03 da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, que se encontra disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://sigtab.datasus.gov.br>, conforme Termo de Referência (Anexo I).

2.3 - O Termo de Referência (Anexo I) apresenta de forma detalhado a necessidade e as áreas de interesse da Secretaria Municipal de Saúde para os procedimentos com finalidade diagnóstica, de acordo com a organização da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”.

3 - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1 - A presente chamada Pública funda-se na Constituição Federal, em seus Arts. 37, XXIII e 199; Lei 8.080/90, Arts. 24 de inexistência e seguintes da Lei 8.666/93 e alterações subsequentes.

4. REPRESENTAÇÃO LEGAL DA EMPRESA

4.1 – Poderá deliberar em nome da empresa um dos seus dirigentes contratuais ou estatutários, ou prepostos, legalmente identificados, habilitados por meio de procuração por instrumento público ou procuração particular obrigatoriamente com firma reconhecida em cartório. Em se tratando-se de dirigentes contratuais ou estatutários, prepostos ou proprietário da empresa interessada, devem apresentar cópia autenticada do contrato social da empresa, com a qualificação do representante ou do mandante. A documentação retro mencionada deverá constar no Envelope nº 1 – “DOCUMENTOS”, passando, assim, a integrar o Processo de Chamada Pública (Credenciamento).

4.2 – O documento de credenciamento deverá mencionar que o representante da empresa, no processo de habilitação para o banco de prestadores, lhe é conferido amplos poderes, inclusive para receber intimações e, eventualmente, desistir de recursos administrativos.

4.3 – A não apresentação do credenciamento do representante na presente não será motivo para inabilitação da empresa que, nesse caso, ficará impedida de se manifestar durante os trabalhos da comissão.

4.4 – Cada empresa só poderá ter um único representante na Presente Chamada Pública (Credenciamento), que por sua vez somente poderá representar uma única empresa.

5 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

5.1 - DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

5.1.1 - Os interessados deverão apresentar a documentação de habilitação e qualificação técnica exigida em envelopes separados fechados dirigidos à Comissão Permanente de Licitação - CPL, a partir do dia 29 de maio de 2023 até 31 de dezembro de 2023, das 08h00min às 13h00min, situada na Praça Francisco Pinto, 56 – Centro de Apodi, da seguinte forma:

ABERTURA DOS ENVELOPES DOCUMENTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

LOCAL: Prefeitura Municipal de Apodi
Praça Francisco Pinto, 56 – Centro – Apodi/RN – CEP: 59.700-000.
Após a entrega dos envelopes pela empresa.

5.2 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

5.2.1 - Os documentos correspondentes à habilitação deverão ser entregues em original ou em cópia autenticada em Cartório, em envelope hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, com a seguinte descrição externa:

ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE APODI EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2020/SMS/PMA RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE

5.3 - RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA

- a) - Comprovante de Inscrição do CNPJ;
- b) - Cópia autenticada da Cédula de Identidade de todo (s) os sócios e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;
- c) - Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, apresentar também documentos do responsável pela empresa (Cópia autenticada do RG ou Documento equivalente de todo (s) os Sócio (s) da Empresa);
- d) - Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;
- e) - Decreto de Autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- f) - Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual
- g) - Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de Chamada Pública nº. 001/2023/SMS/PMA, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão Permanente de Licitação para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, conforme Anexo II;



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- h)** - Declaração afirmando aceitar os preços praticados pela Tabela SUS atualizada para pagamento dos procedimentos contratados acrescida de 100% de seu valor, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde, conforme Anexo III;
- i)** - Dados de identificação de conta bancária: identificação do Banco, número da agência e da conta corrente;
- j)** - Declaração emitida pela empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz), (Conforme Modelo Anexo V– “b”);
- k)** Declaração de Fato Impeditivo (Conforme Modelo Anexo V – “a”).

5.4 - RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a)** - Certidão Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União emitida pela Secretaria da Receita Federal;
- b)** - Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Estaduais e Dívida Ativa do Estado, emitida pela Secretaria de Estado de Tributação e Procuradoria Geral do Estado onde a empresa for sediada;
- c)** - Certidão Negativa de Débitos do Município da sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- d)** - Certificado de Regularidade (CRF) perante o FGTS emitido pela Caixa Econômica Federal
- e)** - Certidão Negativa de Débito Trabalhista.

5.5 - RELATIVOS À IDONEIDADE FINANCEIRA

- a)** - Balanço patrimonial e Demonstrações contábeis do último exercício social (2016 ou 2017), devidamente arquivada (com o respectivo Selo do Termo de Registro) na Junta Comercial do Estado do domicílio ou sede da proponente, que comprove a boa situação financeira, certificado pelo responsável pela empresa proponente e pelo contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade competente, sendo vedada a sua substituição por balanços ou balancetes provisórios.
- b)** - Certidão Negativa de falência ou concordata, expedida pelo Distribuidor Judicial na sede da pessoa jurídica licitante, expedida no máximo a 60 (sessenta) dias da data fixada para recebimento dos envelopes de documentos de habilitação.

5.6 - OBSERVAÇÕES

5.6.1 - As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data do recebimento da Documentação;

5.7 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

5.7.1 - A proponente deverá apresentar para qualificação técnica e oferta de serviços no Envelope nº. 02, hermeticamente fechado de forma a não permitir a visualização de seu conteúdo, em original ou em cópia autenticada em Cartório, os seguintes documentos:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

**ENVELOPE 02 – DOCUMENTAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE
SERVIÇOS
PREFEITURA MUNICIPAL DE APODI
EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2023/SMS/PMA
RAZÃO OU DENOMINAÇÃO SOCIAL E ENDEREÇO DO PROPONENTE**

- a)** Ofício indicando as áreas de interesse, e dentro de cada área, os grupos, sub-grupos e formas de organização que o interessado pretende participar, observando o Termo de Referência. (Anexo I) deste Edital, informando a quantidade de exames que pretende ofertar em cada forma de organização;
- b)** Comprovante de cadastramento Estabelecimento de Saúde (CNES);
- c)** Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- d)** Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso (Anexo IV);
- e)** Certificado de especialidade devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço a ser contratado.

6 - JULGAMENTO DA HABILITAÇÃO

6.1 – Após o recebimento dos invólucros, no mesmo dia da entregar de cada empresa no local determinados para a realização desta chamada pública, será aceita documentação de outros interessados até o dia 31 de dezembro de 2023.

6.2 – Abertos os envelopes nº 1 – Documentação, os Membros da Comissão Permanente de Licitação rubricarão, juntamente com o representante da empresa presente, devidamente credenciado, todas as folhas e demais documentos que integram o dossiê apresentado.

6.3 – Depois de vistas dos referidos documentos, os interessados poderão se manifestar, constando qualquer registro em ata.

6.4 – Serão considerados inabilitados os interessados que deixarem de apresentar a documentação exigida ou a apresentarem com vícios insanáveis.

6.5 – As empresas inabilitadas poderão interpor recurso administrativo em 05 (cinco) dias úteis, contados da data da publicação.

6.6 – O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da que praticou o ato recorrido, a qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, remetê-lo ao superior hierárquico, devidamente informados, devendo, neste caso, a decisão ser proferida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso.

6.7 – Nenhum prazo de recurso, representação ou pedido de reconsideração inicia-se ou transcorre sem que os autos do processo estejam com vista franqueada ao interessado.



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

6.8 – O prazo de recurso previsto na letra “a”, do inciso I, do Art. 109, da Lei 8.666/93, correrá a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação do resultado do julgamento de habilitação no Diário Oficial do Município, e da União;

7 – DAS VISTORIAS TÉCNICAS

7.1 – Só passará para a segunda fase de habilitação as empresas que tiverem sua documentação aprovada na fase anterior.

7.2 – Será designada previamente uma Comissão examinadora para efetuar vistoria nas empresas que forem habilitadas na fase anterior.

7.3 – Aplicam-se, nessa fase, os mesmos procedimentos relativos aos recursos descritos na fase anterior.

7.4 - A Comissão de Contratos dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi realizará visitas técnicas nas instalações de todos os interessados, independente de prévio agendamento, para verificação da capacidade instalada e das reais condições de atendimento às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

7.5 - As vistorias técnicas serão realizadas a qualquer momento, mesmo após a assinatura do contrato, a critério da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Contratos dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi.

8 – CADASTRAMENTO JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8.1 – Finalizada a fase de vistoria dos estabelecimentos previamente habilitados pela comissão acima descrita, será emitido parecer técnico aprovando ou não o cadastramento do prestador de serviço habilitado.

8.2 – A relação de prestadores de serviço aptos ao cadastramento será publicada no Diário oficial do Município para publicidade do ato.

8.3 – As empresas inabilitadas poderão interpor recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da data da publicação da relação no Diário Oficial do Município, Estado e da União, ou jornal de divulgação oficial.

8.4 - O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio da que praticou o ato recorrido, a qual poderá reconsiderar sua decisão, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, remetê-lo ao superior hierárquico, devidamente informados, devendo, neste caso, a decisão ser proferida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso.

9 - DOS CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS PRESTADORES A SEREM CONTRATADOS

9.1 – Para a contratação de prestadores de serviços serão observados os seguintes critérios, na respectiva ordem:

a) Os prestadores classificados como filantrópicos, terão prioridade na contratação sobre as empresas privadas com fins lucrativos;



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- b) Localização geográfica do estabelecimento assistencial, por área dos distritos sanitários, facilitando o acesso para os usuários do sistema;
- c) Prestador que disponibilizar o maior número de procedimentos por grupo;

9.2 - A Secretaria Municipal de Saúde identificará o número de procedimentos de cada prestador, levando-se em conta os princípios da universalidade, acessibilidade e equidade.

9.3 – A Prefeitura Municipal de Apodi poderá celebrar instrumento contratual, na forma da minuta de contrato anexa, com as empresas habilitadas em todas as fases do processo, não se obrigando, porém, a contratar os serviços em sua totalidade, ou mesmo parcialmente, com uma única empresa, mas sim na quantidade que lhe interessar, visando atender a demanda regionalizada.

10 – DO CONTRATO

10.1 – Os prestadores selecionados serão chamados para assinatura do contrato, cuja minuta segue no Anexo V deste Edital, conforme necessidade e conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, momento em que tomarão conhecimento do seu teto financeiro.

10.2 - O Contrato, com minuta no anexo V, parte integrante deste Edital, especificará o prazo, as condições e a forma de pagamento.

10.3 – A Prefeitura Municipal, por meio de sua COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO, convocará a empresa habilitada para a assinatura do contrato, que deverá ser assinado no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da convocação para esse fim.

10.4 – A vigência do Contrato será de 12 (doze) meses, renováveis em iguais períodos sucessivos, a contar da data de sua assinatura.

10.5 - No momento da assinatura do contrato, caso não haja aceitação do prestador selecionado, deverá ser assinado Termo de Desistência.

10.6 - Em caso de desistência de algum prestador selecionado, o seu teto financeiro será Redistribuído entre os demais interessados aptos a contratar.

10.7 - A assinatura do contrato e a distribuição do teto financeiro ficarão a critério exclusivo da Secretaria Municipal de Saúde.

11. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÃO DOS CONTRATADOS

- a) Apresentar a documentação exigida neste Edital;
- b) Integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG III, ou sistema utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar o Sistema;
- c) Só poderão participar desta Chamada Pública, Empresa para a prestação dos serviços de:

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA SUB-GRUPO 11 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES;



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

GRUPO 03 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA SUB-GRUPO 02 – FISIOTERAPIA;

Grupo 07 - ORTESES E PROTESES SUBGRUPO 01 - NÃO RELACIONADAS AO ATO CIRÚRGICO, que tenham a Clínica/Laboratório na cidade de Apodi/RN.

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA SUB-GRUPO 04 – RADIOLOGIA, que tenham a Clínica/Laboratório numa localização não superior a 100KM da cidade de Apodi/RN, em virtude da logística de transporte (deslocamento) existente na Secretaria Municipal de Saúde, evitando-se, assim, custos indevidos para este Município e que não possua impedimento jurídico com a Prefeitura Municipal de Apodi;

d) Atender os pacientes agendados pela rede municipal de saúde de Apodi em dia e horário previamente acordados com a Coordenadoria de Controle e Avaliação da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, devendo haver distribuição total dos horários necessários para cobrir o teto financeiro recebido;

e) Fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, observando, neste caso, todas as garantias referentes à privacidade e segurança das informações;

f) Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e os demais pacientes atendidos pelo prestador;

g) Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes aos quadros do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;

h) Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS” acrescido de 100% de verbas OGM. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

i) Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;

j) Os prestadores deverão manter-se, durante a execução do contrato (em todo o período de vigência contratual), em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

k) Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratos dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi;

l) Nos casos em que o laudo técnico suscitar dúvidas pelo médico solicitante, este deverá contatar com o prestador do serviço para esclarecimentos e, se necessário, o exame deverá ser refeito sem nova cobrança ou qualquer custo adicional;

m) Utilizar o sistema SIA/SUS para apresentação da produção mensal;

n) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato;

o) Necessidade de cadastramento das empresas prestadores dos serviços a serem contratados, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES, para possibilidade de participação na chamada pública



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

11.1 – As empresas que possuem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública através de um único CNPJ, através do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos documentos exigidos nos Item 5 e seguintes deste Edital.

11.2 – Constituem obrigação da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi:

a) Fiscalizar, permanentemente, a empresa habilitada e requerer, quando necessário e às expensas da empresa contratada, parecer de auditoria independente, para exame de prestação de contas, balanço patrimonial e outros fatos econômico-financeiros ocorrentes no contrato, desde que estritamente relacionados aos recursos públicos transferidos ou pagos às empresas contratadas;

b) Receber e manifestar-se sobre todas as solicitações formalizadas pelas empresas prestadoras de serviço, em especial, aquelas relacionadas aos casos fortuitos ou motivos de força maior, fundamentando por escrito as razões de sua eventual aceitação ou recusa.

12. NÃO PODERÃO CONTRATAR

12.1 – Aqueles que deixarem de cumprir qualquer item deste Edital;

12.2 – Prestadores declarados inidôneos por órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, federal, estadual, municipal ou Distrito Federal;

12.3 – Aqueles que se encontrar em processo de falência ou recuperação judicial, concordatária, concurso de credores, dissolução e liquidação;

12.4 – É vedada a participação de prestadores em consórcio.

12.5 - Não será admitida a participação de Empresas que possuam nos seu Quadro, Funcionários ou Servidores do MUNICÍPIO DE APODI, inclusive na condição de Sócio, Dirigente ou Procurador.

13. DA DISTRIBUIÇÃO DO TETO FINANCEIRO PARA PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

13.1 - O teto financeiro será definido pelo município de Apodi para os procedimentos com finalidade diagnóstica, será distribuído entre os prestadores contratados, respeitando as áreas de interesse e/ou forma de organização definidas para cada prestador e de acordo com as disponibilidades e pactuações da Secretaria Municipal de Saúde.

13.2 - A distribuição dos valores entre os prestadores contratados obedecerá aos seguintes critérios:

1 – A Programação Pactuada e Integrada – PPI;

2 – A necessidade do Município de Apodi,

3 – A capacidade de oferta do prestador para a Secretaria Municipal de Saúde de Apodi.

14 – DA RESPONSABILIDADE DA EMPRESA HABILITADA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

14.1 – A empresa habilitada será responsável pela indenização de dano causado ao paciente, órgãos do Sistema Único de Saúde e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ação ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência ou dolo, praticados por seus profissionais ou prepostos.

15 - DA SELEÇÃO

15.1 - Serão selecionados os prestadores que atenderem a todas as exigências do presente edital e obtiverem declaração de não objeção à assinatura do contrato expedida pela Comissão após a realização da vistoria técnica.

16. DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DO PAGAMENTO

16.1 - Todos os contratados deverão utilizar o Sistema SIA – Sistema de Informação Ambulatorial/SUS – Sistema Único de Saúde para realização do fechamento de sua produção mensal, que será validado e pago após a conferência com o relatório de produção do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III.

16.2 - O relatório de produção mensal deverá ser entregue na Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

16.3 - Após 20 (vinte) dias da entrega do relatório de produção, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento no conforme cronograma do Ministério da Saúde.

16.4 - A partir da divulgação do relatório de crítica pela Secretaria Municipal de Saúde ou por outro meio, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal na Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria para o respectivo “aceite” e encaminhamento ao Departamento Administrativo Financeiro para efetuar o pagamento.

16.5 – O Acréscimo de 50% na Tabela do SUS citado no Item 4 letra “ h” , correrá por conta dos Recursos Oriundos do Orçamento Geral do Município.

17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS DA EMPRESA HABILITADA/CONTRATADA

17.1 – A inobservância pela empresa habilitada de qualquer cláusula ou obrigação constante deste contrato, ou de dever originado de norma legal autorizará a Prefeitura de Apodi/SMS a aplicar, em cada caso, as seguintes penalidades contratuais:

a) Advertência;

b) Multa moratória de 30% (trinta por cento), calculada sobre o valor do contrato;

c) Suspensão temporária de participação em licitação e contratar com a Administração, por prazo de até 02 (cinco) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos que determinaram sua punição, ou até que seja promovida a sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, nos termos do art. 78, da Lei nº 8.666/93.



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

17.2 – As penalidades fixadas nesta cláusula serão aplicadas através de Processo Administrativo a cargo da Contratante, no qual serão assegurados à Contratada o contraditório e a ampla defesa.

17.3 – A licitante não terá direito à indenização em decorrência da anulação do procedimento licitatório, ressalvado o direito da Contratada de boa-fé de ser ressarcida pelos encargos que tiver suportado no cumprimento do contrato.

17.4 – Os prazos de defesa serão de 05 (cinco) dias úteis na hipótese de advertência, multa ou impedimento para contratar com a administração e de 10 (dez) dias úteis na hipótese de declaração de inidoneidade.

18. DA FISCALIZAÇÃO

18.1 - A fiscalização da execução do contrato a ser firmado com as empresas habilitadas, será feita por meio de equipe de Auditoria do Departamento da Secretaria de Saúde.

19. DOS RECURSOS

19.1 - Dos atos deste processo de Chamada Pública, decorrente da aplicação deste Edital, caberá recurso administrativo na forma do Art. 109, da Lei nº 8666/93.

19.2 – Não será conhecido o recurso interposto fora do prazo legal e ou subscrito por procurados não habilitado no processo para responder legalmente pela empresa habilitada.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1 - A comissão Permanente de licitação poderá solicitar às empresas habilitados, em qualquer fase da Chamada pública, informações complementares destinadas a esclarecer a instrução do processo no prazo que estipular.

20.2 - A presente Chamada pública poderá ser revogada por interesse público (oportunidade e conveniência) e será anulada por ilegalidade, de ofício ou mediante provocação de terceiro, com base em parecer escrito e devidamente fundamentado.

20.3 - Estando os prestadores selecionados aptos a contratar com o município, será providenciado o processo de Inexigibilidade de Licitação, de acordo com o art. 24 e seguintes da Lei 8.666/93, tendo em vista que a competição resta faticamente impossibilitada, já que é de interesse da coletividade que o maior número possível de empresas preste serviços de procedimentos com finalidade diagnóstica, no intuito de ampliar e facilitar o acesso da população.

20.4 - O extrato do presente Edital será publicado no Diário Oficial da União e do Município, o Edital e seus anexos estarão disponíveis em dias úteis das 08h00min às 12h00min horas, na sede da Prefeitura Municipal de Apodi, na Praça Francisco Pinto, 56 – Centro de Apodi ou no site: <https://apodi.rn.gov.br/licitacaolista.php>.



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

20.5 - O prazo para entrega dos documentos estabelecido neste Edital poderá ser prorrogado a critério da Secretaria Municipal de Saúde.

20.6 - Fazem parte deste Edital os seguintes documentos:

Anexo I – Termo de Referência;

Anexo II - Declaração de Aceitação do Edital;

Anexo III – Declaração de Aceitação dos Preços;

Anexo IV – Relação de profissionais que compõem a equipe técnica;

Anexo V – Declaração de Fato Impeditivo e Declaração do Menor (Modelo “a” e b”);

Anexo VI - Minuta do contrato.

20.8 Esclarecimentos e informações a respeito deste Edital serão prestados pela Comissão Permanente de Licitação de Apodi, em dias úteis das 08h00min às 12h00min, por escrito, na sede da Prefeitura Municipal de Apodi, na Praça Francisco Pinto, 56 – Centro de Apodi. Ou pelo Email: cpl.pmapodi@gmail.com.

Apodi/RN, 25 de maio de 2023.

Edivar Mendes de Freitas Filho

Presidente da Comissão Permanente de Licitação



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

TERMO DE REFERÊNCIA

(Chamada Pública – CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES)

01. OBJETIVO

Este procedimento visa convocar através de Chamada Pública (Credenciamento) todos os prestadores de serviço da rede privada com e sem fins lucrativos, com e sem títulos de filantropia que possuam interesse em prestarem atendimento/serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde na média e alta complexidades, em atendimento ambulatorial e/ou cirúrgico de forma complementar ao Sistema Único de Saúde do Município de Apodi/RN, para assim compor o Banco de Prestadores de serviço para possível futura contratação de serviços ambulatorial e/ou cirúrgico na área de saúde.

02. JUSTIFICATIVA

A solicitação justifica-se pela necessidade de prestação de serviços de assistência à saúde em âmbito ambulatorial e/ou cirúrgico de forma contínua e ininterrupta a serem prestados junto à rede de assistência à saúde no Município de Apodi, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, envolvendo desde consultas a outros atendimentos médicos, nas diversas especialidades, com a realização de todos os procedimentos específicos necessários para cada área, dentro dos limites pré-determinados pelo gestor municipal e de acordo com os procedimentos abaixo descritos neste termo de referência, em virtude da existência de pacientes em risco de vida eminente e patologias com agravos que necessitam dos serviços em questão, além do acompanhamento de saúde da população de forma geral.

03. MEMORIAL DESCRITIVO

Este Termo de Referência tem como finalidade detalhar as áreas de interesse da Secretaria Municipal de Saúde DESTE Município para a contratação dos procedimentos, organização e nomenclatura da “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, descrevendo os **Grupos** em:

- Sub Grupos;
- Forma de Organização; e
- Códigos dos Procedimentos.

O presente Edital está organizado nas seguintes áreas de interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

3.1. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES;

Em cada área de interesse descrita acima, os procedimentos estarão agrupados por Sub-Grupos e Forma de Organização.

Este Edital utilizará o critério de seleção por Forma de Organização, permitindo que os interessados participem em um ou mais itens.

Os interessados poderão participar em uma ou mais áreas de interesse, e dentro de cada área, em uma ou mais formas de organização, sendo que para cada forma de organização e/ou área de interesse proposta, o interessado deverá oferecer todos os exames descritos.

Em algumas áreas de interesse, será apresentada uma lista de procedimentos não obrigatórios. No entanto, caso o prestador tenha interesse em oferecer os exames não obrigatórios, poderá descrevê-los em sua proposta.

Para cada área de interesse proposta, será apresentado o teto financeiro do Município de Apodi correspondente. No entanto, este valor poderá ser ampliado de acordo com o interesse da Secretaria Municipal de Saúde.

Os procedimentos, elencados a seguir, incluindo o valor correspondente pago pelo Sistema Único de Saúde - SUS, poderão ser consultados na Tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS", através do site: <http://sigtap.datasus.gov.br>.

Cada área de interesse possui organização específica que será descrita a seguir:

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

SUB-GRUPO 04 – RADIOLOGIA

Quantidade de Procedimentos – 100 unidades

Valor mês estimado – R\$35.000,00(Trinta e cinco mil reais) Recursos do MAC – Media e Alta complexidade.

Complementação Tabela (100%) R\$35.000,00(Trinta e cinco mil reais) – Recursos Ordinários/ Fundo Único de Saude.

PROCEDIMENTOS:

02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)
02.04.01.020-9	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA
02.04.02.002-6	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/ DINÂMICA
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESpondilografia (P/ ESCOLIOSE)
02.04.03.001-3	BRONCOGRAFIA UNILATERAL
02.04.02.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL
02.04.03.004-8	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA MAMOGRAFIA
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (APICO-LORDOTICA)
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE
02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATÓRIA
02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA POS- OPERATÓRIA
02.04.05.004-9	DUODENOGRAMA HIPOTONICA
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA
02.04.05.007-3	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA
02.04.05.008-1	PIELOGRAFIA ASCENDENTE
02.04.05.009-0	PLANIGRAFIA DE RIM C/ CONTRASTE
02.04.05.010-3	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS)



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VÉRTEBRAS LOMBARES)
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA
02.04.06.004-4	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)
02.04.06.005-2	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

SUB-GRUPO 05 – ULTRASSONOLOGRAFIA

Quantidade de Procedimentos – 300 unidades

Valor mês estimado – R\$10.000,00 (dez mil reais) Recursos do MAC – Média e Alta complexidade.

Complementação Tabela (100%) R\$10.000,00 (dez mil reais) – Recursos Ordinarios/ Fundo Único de Saúde.

PROCEDIMENTOS:

02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA
02.05.01.004-0	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)
02.05.01.005-9	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA
02.05.02.003-8	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)
02.05.02.004-6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
02.05.02.005-4	ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO
02.05.02.006-2	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO
02.05.02.007-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)
02.05.02.009-7	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL
02.05.02.010-0	ULTRA-SONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)
02.05.02.011-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)
02.05.02.012-7	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE
02.05.02.013-5	ULTRA-SONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)
02.05.02.014-3	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA
02.05.02.015-1	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO
02.05.02.016-0	ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)
02.05.02.017-8	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA
02.05.02.018-6	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL
02.05.02.019-4	MARCAÇÃO DE LESÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRA-SONOGRAFIA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

GRUPO 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

SUB-GRUPO 11 – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Quantidade de Procedimentos – 30 mil exames/mês

Valor mês estimado – R\$50.000,00(cinquenta mil reais) Recursos do MAC – Média e Alta complexidade.

Complementação Tabela (100%) – R\$50.000,00(cinquenta mil reais) – Recursos Ordinários/ Fundo Único de Salde.

PROCEDIMENTOS:

02.02.01.001-5 – CLEARANCE OSMOLAR
02.02.01.002-3 – DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO
02.02.01.003-1 – DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS
02.02.01.004-0 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)
02.02.01.005-8 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5DOSAGENS)
02.02.01.006-6 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4DOSAGENS)
02.02.01.007-4 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)
02.02.01.008-2 – DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE
02.02.01.009-0 – DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDAS
02.02.01.010-4 – DOSAGEM DE ACETONA
02.02.01.011-2 – DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO
02.02.01.012-0 – DOSAGEM DE ACIDO URICO
02.02.01.013-9 – DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO
02.02.01.014-7 – DOSAGEM DE ALDOLASE
02.02.01.015-5 – DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA
02.02.01.016-3 – DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA
02.02.01.017-1 – DOSAGEM DE ALFA-2-mACROGLOBULINA
02.02.01.018-0 – DOSAGEM DE AMILASE
02.02.01.019-8 – DOSAGEM DE AMONIA
02.02.01.020-1 – DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
02.02.01.021-0 – DOSAGEM DE CALCIO
02.02.01.022-8 – DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
02.02.01.023-6 – DOSAGEM DE CAROTENO
02.02.01.024-4 – DOSAGEM DE CATECOLAMINAS
02.02.01.025-2 – DOSAGEM DE CERULOPLASMINA
02.02.01.026-0 – DOSAGEM DE CLORETO
02.02.01.029-5 – DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
02.02.01.028-7 – DOSAGEM DE COLESTEROL LDL
02.02.01.029-5 – DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
02.02.01.030-9 – DOSAGEM DE COLINESTERASE
02.02.01.031-7 – DOSAGEM DE CREATININA
02.02.01.032-5 – DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
02.02.01.033-3 – DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB
02.02.01.034-1 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA
02.02.01.035-0 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA
02.02.01.036-8 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA
02.02.01.037-6 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)
02.02.01.001-5 – CLEARANCE OSMOLAR
02.02.01.002-3 – DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO
02.02.01.003-1 – DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS
02.02.01.004-0 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)
02.02.01.005-8 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)
02.02.01.006-6 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)
02.02.01.007-4 – DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)
02.02.01.008-2 – DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE
02.02.01.009-0 – DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDAS



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.02.01.010-4 – DOSAGEM DE ACETONA
02.02.01.011-2 – DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO
02.02.01.012-0 – DOSAGEM DE ACIDO URICO
02.02.01.013-9 – DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO
02.02.01.014-7 – DOSAGEM DE ALDOLASE
02.02.01.015-5 – DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA
02.02.01.016-3 – DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA
02.02.01.017-1 – DOSAGEM DE ALFA-2-mACROGLOBULINA
02.02.01.018-0 – DOSAGEM DE AMILASE
02.02.01.019-8 – DOSAGEM DE AMONIA
02.02.01.020-1 – DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
02.02.01.021-0 – DOSAGEM DE CALCIO
02.02.01.022-8 – DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
02.02.01.023-6 – DOSAGEM DE CAROTENO
02.02.01.024-4 – DOSAGEM DE CATECOLAMINAS
02.02.01.025-2 – DOSAGEM DE CERULOPLASMINA
02.02.01.026-0 – DOSAGEM DE CLORETO
02.02.01.027-9 – DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
02.02.01.028-7 – DOSAGEM DE COLESTEROL LDL
02.02.01.029-5 – DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
02.02.01.030-9 – DOSAGEM DE COLINESTERASE
02.02.01.031-7 – DOSAGEM DE CREATININA
02.02.01.032-5 – DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
02.02.01.033-3 – DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB
02.02.01.034-1 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA
02.02.01.035-0 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA
02.02.01.036-8 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA
02.02.01.037-6 – DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)
02.02.01.038-4 – DOSAGEM DE FERRITINA
02.02.01.039-2 – DOSAGEM DE FERRO SERICO
02.02.01.040-6 – DOSAGEM DE FOLATO
02.02.01.041-4 – DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL
02.02.01.042-2 – DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
02.02.01.043-0 – DOSAGEM DE FOSFORO
02.02.01.044-9 – DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA
02.02.01.045-7 – DOSAGEM DE GALACTOSE
02.02.01.046-5 – DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
02.02.01.047-3 – DOSAGEM DE GLICOSE
02.02.01.048-1 – DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE
02.02.01.049-0 – DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA
02.02.01.050-3 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
02.02.01.051-1 – DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA
02.02.01.052-0 – DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE
02.02.01.053-8 – DOSAGEM DE LACTATO
02.02.01.054-6 – DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE
02.02.01.055-4 – DOSAGEM DE LIPASE
02.02.01.056-2 – DOSAGEM DE MAGNÉSIO
02.02.01.057-0 – DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS
02.02.01.058-9 – DOSAGEM DE PIRUVATO
02.02.01.059-7 – DOSAGEM DE PORFIRINAS
02.02.01.060-0 – DOSAGEM DE POTASSIO
02.02.01.061-9 – DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS
02.02.01.062-7 – DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES
02.02.01.063-5 – DOSAGEM DE SODIO
02.02.01.064-3 – DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)
02.02.01.065-1 – DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
02.02.01.066-0 – DOSAGEM DE TRANSFERRINA
02.02.01.067-8 – DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS
02.02.01.068-6 – DOSAGEM DE TRIPTOFANO
02.02.01.069-4 – DOSAGEM DE UREIA
02.02.01.070-8 – DOSAGEM DE VITAMINA B12
02.02.01.071-6 – ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS
02.02.01.072-4 – ELETROFORESE DE PROTEINAS
02.02.01.073-2 – GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)
02.02.01.074-0 – PROVA DA D-XILOSE
02.02.01.075-9 – TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS
02.02.02.001-0 – CITOQUIMICA HEMATOLOGICA
02.02.02.002-9 – CONTAGEM DE PLAQUETAS



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.02.003-7 – CONTAGEM DE RETICULOCITOS
- 02.02.02.004-5 – DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR
- 02.02.02.005-3 – DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)
- 02.02.02.006-1 – DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA
- 02.02.02.007-0 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
- 02.02.02.008-8 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA
- 02.02.02.009-6 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE
- 02.02.02.010-0 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY
- 02.02.02.011-8 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS
- 02.02.02.012-6 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA
- 02.02.02.013-4 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP TIVADA)
- 02.02.02.014-2 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)
- 02.02.02.015-0 – DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)
- 02.02.02.016-9 – DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE
- 02.02.02.017-7 – DOSAGEM DE ANTITROMBINA III
- 02.02.02.018-5 – DOSAGEM DE FATOR II
- 02.02.02.019-3 – DOSAGEM DE FATOR IX
- 02.02.02.020-7 – DOSAGEM DE FATOR V
- 02.02.02.021-5 – DOSAGEM DE FATOR VII
- 02.02.02.022-3 – DOSAGEM DE FATOR VIII
- 02.02.02.023-1 – DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)
- 02.02.02.024-0 – DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)
- 02.02.02.025-8 – DOSAGEM DE FATOR X
- 02.02.02.026-6 – DOSAGEM DE FATOR XI
- 02.02.02.027-4 – DOSAGEM DE FATOR XII
- 02.02.02.028-2 – DOSAGEM DE FATOR XIII
- 02.02.02.029-0 – DOSAGEM DE FIBRINOGENIO
- 02.02.02.030-4 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
- 02.02.02.031-2 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA – INSTABILIDADE A 37OC
- 02.02.02.032-0 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL
- 02.02.02.033-9 – DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA
- 02.02.02.034-7 – DOSAGEM DE PLASMINOGENIO
- 02.02.02.035-5 – ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
- 02.02.02.036-3 – ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)
- 02.02.02.037-1 – HEMATOCRITO
- 02.02.02.038-0 – HEMOGRAMA COMPLETO
- 02.02.02.039-8 – LEUCOGRAMA
- 02.02.02.040-1 – PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA
- 02.02.02.041-0 – PESQUISA DE CELULAS LE
- 02.02.02.042-8 – PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ
- 02.02.02.043-6 – PESQUISA DE FILARIA
- 02.02.02.044-4 – PESQUISA DE HEMOGLOBINA S
- 02.02.02.045-2 – PESQUISA DE PLASMODIO
- 02.02.02.046-0 – PESQUISA DE TRIPANOSSOMA
- 02.02.02.047-9 – PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, LBUMINOSO E COOMBS)
- 02.02.02.048-7 – PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA
- 02.02.02.049-5 – PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO
- 02.02.02.050-9 – PROVA DO LACO
- 02.02.02.051-7 – RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS
- 02.02.02.052-5 – TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS
- 02.02.02.053-3 – TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)
- 02.02.02.054-1 – TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)
- 02.02.03.001-6 – CONTAGEM DE LINFOCITOS B
- 02.02.03.002-4 – CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8
- 02.02.03.003-2 – CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS
- 02.02.03.004-0 – DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)
- 02.02.03.005-9 – DETECÇÃO DE RNA VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
- 02.02.03.006-7 – DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)
- 02.02.03.007-5 – DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE
- 02.02.03.008-3 – DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA
- 02.02.03.009-1 – DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA
- 02.02.03.010-5 – DOSAGEM DE ANTIGENO PROTATICO ESPECIFICO (PSA)
- 02.02.03.011-3 – DOSAGEM DEBETA-2-MICROGLOBULINA
- 02.02.03.012-1 – DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3
- 02.02.03.013-0 – DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4
- 02.02.03.014-8 – DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA
- 02.02.03.015-6 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)
- 02.02.03.016-4 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.03.017-2 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)
- 02.02.03.018-0 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)
- 02.02.03.019-9 – DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE
- 02.02.03.020-2 – DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
- 02.02.03.021-0 – GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
- 02.02.03.022-9 – IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS
- 02.02.03.023-7 – IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
- 02.02.03.024-5 – INTADERMORREACÃO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)
- 02.02.03.025-3 – PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA
- 02.02.03.026-1 – PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA
- 02.02.03.027-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA
- 02.02.03.028-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI
- 02.02.03.029-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)
- 02.02.03.030-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
- 02.02.03.031-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2
- 02.02.03.032-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)
- 02.02.03.033-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS
- 02.02.03.034-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM
- 02.02.03.035-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)
- 02.02.03.036-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)
- 02.02.03.037-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS
- 02.02.03.038-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS
- 02.02.03.040-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS
- 02.02.03.041-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO
- 02.02.03.042-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)
- 02.02.03.043-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL
- 02.02.03.044-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS
- 02.02.03.045-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)
- 02.02.03.046-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES
- 02.02.03.047-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTILISINA O (ASLO)
- 02.02.03.048-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO
- 02.02.03.050-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO
- 02.02.03.051-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS
- 02.02.03.052-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA
- 02.02.03.053-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS
- 02.02.03.054-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA
- 02.02.03.055-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS
- 02.02.03.056-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA
- 02.02.03.057-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO
- 02.02.03.058-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO
- 02.02.03.059-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO
- 02.02.03.060-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS
- 02.02.03.061-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS
- 02.02.03.062-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA
- 02.02.03.063-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)
- 02.02.03.064-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)
- 02.02.03.065-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA
- 02.02.03.066-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII
- 02.02.03.067-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
- 02.02.03.068-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)
- 02.02.03.069-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO
- 02.02.03.070-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS
- 02.02.03.071-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL ESPIRATORIO
- 02.02.03.072-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA
- 02.02.03.073-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
- 02.02.03.074-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS
- 02.02.03.075-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS
- 02.02.03.076-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
- 02.02.03.077-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI
- 02.02.03.078-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)
- 02.02.03.079-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE amARELA)
- 02.02.03.080-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV - IGG)
- 02.02.03.081-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBELA
- 02.02.03.082-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
- 02.02.03.083-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA EPSTEIN-BARR
- 02.02.03.084-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.03.085-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS
- 02.02.03.086-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS
- 02.02.03.087-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
- 02.02.03.088-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI
- 02.02.03.089-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)
- 02.02.03.090-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBORVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)
- 02.02.03.091-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
- 02.02.03.092-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA
- 02.02.03.093-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
- 02.02.03.094-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
- 02.02.03.095-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES
- 02.02.03.096-2 – PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)
- 02.02.03.097-0 – PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)
- 02.02.03.098-9 – PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)
- 02.02.03.099-7 – PESQUISA DE CLAMIDA (POR CAPTURA HIBRIDA)
- 02.02.03.100-4 – PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS
- 02.02.03.101-2 – PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALAR-ROSE)
- 02.02.03.102-0 – PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA
- 02.02.03.103-9 – PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA
- 02.02.03.104-7 – PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)
- 02.02.03.105-5 – PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)
- 02.02.03.106-3 – PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS
- 02.02.03.107-1 – QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1
- 02.02.03.108-0 – QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
- 02.02.03.109-8 – REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
- 02.02.03.110-1 – REAÇÃO DE MONTENEGRO ID
- 02.02.03.111-0 – TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS
- 02.02.03.112-8 – TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
- 02.02.03.113-6 – TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
- 02.02.03.114-4 – TESTES ALERGICOS DE CONTATO
- 02.02.03.115-2 – TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA
- 02.02.03.116-0 – TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
- 02.02.03.117-9 – VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTE
- 02.02.03.118-7 – DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA
- 02.02.03.119-5 – DOSAGEM DE FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO
- 02.02.04.001-1 – DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL
- 02.02.04.002-0 – DOSAGEM DE GORDURA FECAL
- 02.02.04.003-8 – EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL
- 02.02.04.004-6 – IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS
- 02.02.04.005-4 – PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)
- 02.02.04.006-2 – PESQUISA DE EOSINOFILOS
- 02.02.04.007-0 – PESQUISA DE GORDURA FECAL
- 02.02.04.008-9 – PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES
- 02.02.04.009-7 – PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES
- 02.02.04.010-0 – PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES
- 02.02.04.011-9 – PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)
- 02.02.04.012-7 – PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS
- 02.02.04.013-5 – PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES
- 02.02.04.014-3 – PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES
- 02.02.04.015-1 – PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES
- 02.02.04.016-0 – PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES
- 02.02.04.017-8 – PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES
- 02.02.05.001-7 – ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS DA URINA
- 02.02.05.002-5 – CLEARANCE DE CREATININA
- 02.02.05.003-3 – CLEARANCE DE FOSFATO
- 02.02.05.004-1 – CLEARANCE DE UREIA
- 02.02.05.005-0 – CONTAGEM DE ADDIS
- 02.02.05.006-8 – DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE
- 02.02.05.007-6 – DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)
- 02.02.05.008-4 – DOSAGEM DE CITRATO
- 02.02.05.009-2 – DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA
- 02.02.05.010-6 – DOSAGEM DE OXALATO
- 02.02.05.011-4 – DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)
- 02.02.05.012-2 – DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS
- 02.02.05.013-0 – EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS
- 02.02.05.014-9 – PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)
- 02.02.05.015-7 – PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.02.05.016-5 – PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA
02.02.05.017-3 – PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA
02.02.05.018-1 – PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA
02.02.05.019-0 – PESQUISA DE CISTINA NA URINA
02.02.05.020-3 – PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA
02.02.05.021-1 – PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA
02.02.05.022-0 – PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA
02.02.05.023-8 – PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA
02.02.05.024-6 – PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA
02.02.05.025-4 – PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)
02.02.05.026-2 – PESQUISA DE HOMICISTINA NA URINA
02.02.05.027-0 – PESQUISA DE LACTOSE NA URINA
02.02.05.028-9 – PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA
02.02.05.029-7 – PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA
02.02.05.030-0 – PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)
02.02.05.031-9 – PESQUISA DE TIROSINA NA URINA
02.02.05.032-7 – PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)
02.02.06.001-2 – DETERMINAÇÃO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE
02.02.06.002-0 – DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3
02.02.06.003-9 – DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO
02.02.06.004-7 – DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA
02.02.06.005-5 – DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS
02.02.06.006-3 – DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES
02.02.06.007-1 – DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)
02.02.06.008-0 – DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)
02.02.06.009-8 – DOSAGEM DE ALDOSTERONA
02.02.06.010-1 – DOSAGEM DE AMP CICLICO
02.02.06.011-0 – DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA
02.02.06.012-8 – DOSAGEM DE CALCITONINA
02.02.06.013-6 – DOSAGEM DE CORTISOL
02.02.06.014-4 – DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)
02.02.06.015-2 – DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)
02.02.06.016-0 – DOSAGEM DE ESTRADIOL
02.02.06.017-9 – DOSAGEM DE ESTRIOL
02.02.06.018-7 – DOSAGEM DE ESTRONA
02.02.06.019-5 – DOSAGEM DE GASTRINA
02.02.06.020-9 – DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
02.02.06.021-7 – DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
02.02.06.022-5 – DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)
02.02.06.023-3 – DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)
02.02.06.024-1 – DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)
02.02.06.025-0 – DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
02.02.06.026-8 – DOSAGEM DE INSULINA
02.02.06.027-6 – DOSAGEM DE PARATORMONIO
02.02.06.028-4 – DOSAGEM DE PEPTIDEO C
02.02.06.029-2 – DOSAGEM DE PROGESTERONA
02.02.06.030-6 – DOSAGEM DE PROLACTINA
02.02.06.031-4 – DOSAGEM DE RENINA
02.02.06.032-2 – DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)
02.02.06.033-0 – DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)
02.02.06.034-9 – DOSAGEM DE TESTOSTERONA
02.02.06.035-7 – DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE
02.02.06.036-5 – DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA
02.02.06.037-3 – DOSAGEM DE TIROXINA (T4)
02.02.06.038-1 – DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
02.02.06.039-0 – DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA
02.02.06.040-3 – TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH
02.02.06.041-1 – TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA
02.02.06.042-0 – TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA
02.02.06.043-8 – TESTE DE ESTIMULO DE HGH APOS GLUCAGON
02.02.06.044-6 – TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA
02.02.06.045-4 – TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APOS GLICOSE
02.02.06.046-2 – TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS
02.02.06.047-0 – PESQUISA DE MACRÓPROLACTINA
02.02.07.001-8 – DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO
02.02.07.002-6 – DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO
02.02.07.003-4 – DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO
02.02.07.004-2 – DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.02.07.005-0 – DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO
02.02.07.006-9 – DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE
02.02.07.007-7 – DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO
02.02.07.008-5 – DOSAGEM DE ALUMINIO
02.02.07.009-3 – DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS
02.02.07.010-7 – DOSAGEM DE ANFETAMINAS
02.02.07.011-5 – DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS
02.02.07.012-3 – DOSAGEM DE BARBITURATOS
02.02.07.013-1 – DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS
02.02.07.014-0 – DOSAGEM DE CADMIO
02.02.07.015-8 – DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA
02.02.07.016-6 – DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA
02.02.07.017-4 – DOSAGEM DE CHOMBO
02.02.07.018-2 – DOSAGEM DE CICLOSPORINA
02.02.07.019-0 – DOSAGEM DE COBRE
02.02.07.020-4 – DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)
02.02.07.021-2 – DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA
02.02.07.022-0 – DOSAGEM DE FENITOINA
02.02.07.023-9 – DOSAGEM DE FENOL
02.02.07.024-7 – DOSAGEM DE FORMALDEIDO
02.02.07.025-5 – DOSAGEM DE LITIO
02.02.07.026-3 – DOSAGEM DE MERCURIO
02.02.07.027-1 – DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA
02.02.07.028-0 – DOSAGEM DE MATABOLITOS DA COCAINA
02.02.07.029-8 – DOSAGEM DE METOTREXATO
02.02.07.030-1 – DOSAGEM DE QUINIDINA
02.02.07.031-0 – DOSAGEM DE SALICILATOS
02.02.07.032-8 – DOSAGEM DE SULFATOS
02.02.07.033-6 – DOSAGEM DE TEOFILINA
02.02.07.034-4 – DOSAGEM DE TIOCIANATO
02.02.07.035-2 – DOSAGEM DE ZINCO
02.02.08.001-3 – ANTIBIOGRAMA
02.02.08.002-1 – ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITORIA MINIMA
02.02.08.003-0 – ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS
02.02.08.004-8 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)
02.02.08.005-6 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)
02.02.08.006-4 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)
02.02.08.007-2 – BACTEROSCOPIA (GRAM)
02.02.08.008-0 – CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO
02.02.08.009-9 – CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZAÇÃO)
02.02.08.010-2 – CULTURA P/ HERPESVIRUS
02.02.08.011-0 – CULTURA P/ BAAR
02.02.08.012-9 – CULTURA PARA BACTERIAS ANAERIBICAS
02.02.08.013-7 – CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS
02.02.08.014-5 – EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)
02.02.08.015-3 – HEMOCULTURA
02.02.08.016-1 – IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS
02.02.08.017-0 – PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI
02.02.08.018-8 – PESQUISA DE BACILO DIFTERICO
02.02.08.019-6 – PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A
02.02.08.020-0 – PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY
02.02.08.021-8 – PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI
02.02.08.022-6 – PESQUISA DE LEPTOSPIRAS
02.02.08.023-4 – PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM
02.02.09.001-9 – ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES
02.02.09.002-7 – ADENOGRAMA
02.02.09.003-5 – CITOLOGIA P/ CLAMIDIA
02.02.09.004-3 – CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS
02.02.09.005-1 – CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR
02.02.09.006-0 – CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR
02.02.09.007-8 – DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPIDEOS RELAÇÃO LECITINA – ESFINGOMIELINA NA IQUIDO AMNIOTICO
02.02.09.008-6 – DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO
02.02.09.009-4 – DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA
02.02.09.010-8 – DOSAGEM DE FRUTOSE
02.02.09.011-6 – DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA
02.02.09.012-4 – DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
02.02.09.013-2 – DOSAGEM DE PROTEINAS DO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.09.014-0 – DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)
- 02.02.09.015-9 – ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO DE LIQUOR
- 02.02.09.016-7 – ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO
- 02.02.09.017-5 – ESPLENOGRAMA
- 02.02.09.018-3 – EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE ELULAS
- 02.02.09.019-1 – MIELOGRAMA
- 02.02.09.021-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)
- 02.02.09.022-1 – DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA
- 02.02.09.023-0 – PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR
- 02.02.09.024-8 – PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS
- 02.02.09.025-6 – PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA
- 02.02.09.026-4 – PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)
- 02.02.09.027-2 – PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.028-0 – PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMATICA (CADA)
- 02.02.09.029-9 – PROVA DE LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS NEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)
- 02.02.09.030-2 – PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE
- 02.02.09.031-0 – REAÇÃO DE PANDY
- 02.02.09.032-9 – REAÇÃO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.033-7 – TESTE DE CLEMENTS
- 02.02.09.034-5 – TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS
- 02.02.09.035-3 – TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO
- 02.02.10.001-4 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TECNICA DE BANDAS)
- 02.02.10.002-2 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES ORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)
- 02.02.10.003-0 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE ANDAS)
- 02.02.11.001-0 – DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.11.002-8 – DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS CONFIRMATORIO)
- 02.02.11.004-4 – DOSAGEM DE FENILALANINA (CONROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.11.005-2 – DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
- 02.02.11.006-0 – DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE EMOGLOBINA
- 02.02.11.007-9 – DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA
- 02.02.11.008-7 – DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.12.001-5 – DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS
- 02.02.12.002-3 – DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO
- 02.02.12.003-1 – FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR
- 02.02.12.004-0 – IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS
- 02.02.12.005-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DE ELUIÇÃO
- 02.02.12.006-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC
- 02.02.12.007-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO
- 02.02.12.008-2 – PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)
- 02.02.12.009-0 – TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)
- 02.02.12.010-4 – TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B
- 02.03.01.001-9 – EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-AGINAL/MICROFLORA
- 02.03.01.002-7 – EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 OLETAS)
- 02.03.01.003-5 – EXAME DE COTOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-AGINAL)
- 02.03.01.004-3 – EXAME CITOPATOLOGICO DE AMA
- 02.03.02.001-4 – DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORIAIS ORMONAIS
- 02.03.02.002-2 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PECA IRURGICA
- 02.03.02.003-0 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA
- 02.03.02.004-9 – IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR ARCADOR)
- 02.03.02.005-ECROPSIA
- 2.03.02.006-5 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA biOPSIA
- 2.03.02.007-3 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PACA IRURGICA
- 2.03.02.008-1 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA
- DOSAGEM DE FERRITINA
- 02.02.01.039-2 – DOSAGEM DE FERRO SERICO
- 02.02.01.040-6 – DOSAGEM DE FOLATO
- 02.02.01.041-4 – DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL
- 02.02.01.042-2 – DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
- 02.02.01.043-0 – DOSAGEM DE FOSFORO
- 02.02.01.044-9 – DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA
- 02.02.01.045-7 – DOSAGEM DE GALÁCTOSE
- 02.02.01.046-5 – DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
- 02.02.01.047-3 – DOSAGEM DE GLICOSE
- 02.02.01.048-1 – DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE
- 02.02.01.049-0 – DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.01.050-3 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
- 02.02.01.051-1 – DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA
- 02.02.01.052-0 – DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE
- 02.02.01.053-8 – DOSAGEM DE LACTATO
- 02.02.01.054-6 – DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE
- 02.02.01.055-4 – DOSAGEM DE LIPASE
- 02.02.01.056-2 – DOSAGEM DE MAGNÉSIO
- 02.02.01.057-0 – DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS
- 02.02.01.058-9 – DOSAGEM DE PIRUVATO
- 02.02.01.059-7 – DOSAGEM DE PORFIRINAS
- 02.02.01.060-0 – DOSAGEM DE POTÁSSIO
- 02.02.01.061-9 – DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS
- 02.02.01.062-7 – DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
- 02.02.01.063-5 – DOSAGEM DE SÓDIO
- 02.02.01.064-3 – DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)
- 02.02.01.065-1 – DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP)
- 02.02.01.066-0 – DOSAGEM DE TRANSFERRINA
- 02.02.01.067-8 – DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS
- 02.02.01.068-6 – DOSAGEM DE TRIPTOFANO
- 02.02.01.069-4 – DOSAGEM DE UREIA
- 02.02.01.070-8 – DOSAGEM DE VITAMINA B12
- 02.02.01.071-6 – ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS
- 02.02.01.072-4 – ELETROFORESE DE PROTEÍNAS
- 02.02.01.073-2 – GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)
- 02.02.01.074-0 – PROVA DA D-XILOSE
- 02.02.01.075-9 – TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS
- 02.02.02.001-0 – CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA
- 02.02.02.002-9 – CONTAGEM DE PLAQUETAS
- 02.02.02.003-7 – CONTAGEM DE RETICULÓCITOS
- 02.02.02.004-5 – DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR
- 02.02.02.005-3 – DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)
- 02.02.02.006-1 – DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA
- 02.02.02.007-0 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
- 02.02.02.008-8 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA
- 02.02.02.009-6 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE
- 02.02.02.010-0 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY
- 02.02.02.011-8 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS
- 02.02.02.012-6 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA
- 02.02.02.013-4 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP TIVADA)
- 02.02.02.014-2 – DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)
- 02.02.02.015-0 – DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)
- 02.02.02.016-9 – DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE
- 02.02.02.017-7 – DOSAGEM DE ANTITROMBINA III
- 02.02.02.018-5 – DOSAGEM DE FATOR II
- 02.02.02.019-3 – DOSAGEM DE FATOR IX
- 02.02.02.020-7 – DOSAGEM DE FATOR V
- 02.02.02.021-5 – DOSAGEM DE FATOR VII
- 02.02.02.022-3 – DOSAGEM DE FATOR VIII
- 02.02.02.023-1 – DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)
- 02.02.02.024-0 – DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)
- 02.02.02.025-8 – DOSAGEM DE FATOR X
- 02.02.02.026-6 – DOSAGEM DE FATOR XI
- 02.02.02.027-4 – DOSAGEM DE FATOR XII
- 02.02.02.028-2 – DOSAGEM DE FATOR XIII
- 02.02.02.029-0 – DOSAGEM DE FIBRINOGENIO
- 02.02.02.030-4 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
- 02.02.02.031-2 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA – INSTABILIDADE A 37OC
- 02.02.02.032-0 – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL
- 02.02.02.033-9 – DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA
- 02.02.02.034-7 – DOSAGEM DE PLASMINOGENIO
- 02.02.02.035-5 – ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
- 02.02.02.036-3 – ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)
- 02.02.02.037-1 – HEMATOCRITO
- 02.02.02.038-0 – HEMOGRAMA COMPLETO
- 02.02.02.039-8 – LEUCOGRAMA
- 02.02.02.040-1 – PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA
- 02.02.02.041-0 – PESQUISA DE CÉLULAS LE
- 02.02.02.042-8 – PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ
- 02.02.02.043-6 – PESQUISA DE FILÁRIA
- 02.02.02.044-4 – PESQUISA DE HEMOGLOBINA S



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.02.045-2 – PESQUISA DE PLASMODIO
- 02.02.02.046-0 – PESQUISA DE TRIPANOSSOMA
- 02.02.02.047-9 – PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, LBUMINOSO E COOMBS)
- 02.02.02.048-7 – PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA
- 02.02.02.049-5 – PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO
- 02.02.02.050-9 – PROVA DO LACO
- 02.02.02.051-7 – RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS
- 02.02.02.052-5 – TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS
- 02.02.02.053-3 – TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)
- 02.02.02.054-1 – TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)
- 02.02.03.001-6 – CONTAGEM DE LINFOCITOS B
- 02.02.03.002-4 – CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD802.02.03.003-2 – CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS
- 02.02.03.004-0 – DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)
- 02.02.03.005-9 – DETECÇÃO DE RNA VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
- 02.02.03.006-7 – DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)
- 02.02.03.007-5 – DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE
- 02.02.03.008-3 – DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA
- 02.02.03.009-1 – DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA
- 02.02.03.010-5 – DOSAGEM DE ANTIGENO PROTATICO ESPECIFICO (PSA)
- 02.02.03.011-3 – DOSAGEM DEBETA-2-MICROGLOBULINA
- 02.02.03.012-1 – DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3
- 02.02.03.013-0 – DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4
- 02.02.03.014-8 – DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA
- 02.02.03.015-6 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)
- 02.02.03.016-4 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)
- 02.02.03.017-2 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)
- 02.02.03.018-0 – DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)
- 02.02.03.019-9 – DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE
- 02.02.03.020-2 – DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
- 02.02.03.021-0 – GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
- 02.02.03.022-9 – IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS
- 02.02.03.023-7 – IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
- 02.02.03.024-5 – INTADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)
- 02.02.03.025-3 – PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA
- 02.02.03.026-1 – PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA
- 02.02.03.027-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA
- 02.02.03.028-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI
- 02.02.03.029-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)
- 02.02.03.030-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
- 02.02.03.031-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2
- 02.02.03.032-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)
- 02.02.03.033-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS 02.02.03.034-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM
- 02.02.03.035-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)
- 02.02.03.036-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)
- 02.02.03.037-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS
- 02.02.03.038-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS
- 02.02.03.040-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS
- 02.02.03.041-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO
- 02.02.03.042-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)
- 02.02.03.043-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL
- 02.02.03.044-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS
- 02.02.03.045-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)
- 02.02.03.046-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES
- 02.02.03.047-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTILISINA O (ASLO)
- 02.02.03.048-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO
- 02.02.03.050-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO
- 02.02.03.051-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS
- 02.02.03.052-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA
- 02.02.03.053-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS
- 02.02.03.054-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA
- 02.02.03.055-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS
- 02.02.03.056-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA
- 02.02.03.057-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO
- 02.02.03.058-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO
- 02.02.03.059-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO
- 02.02.03.060-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.03.061-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS
02.02.03.062-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA
02.02.03.063-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)
02.02.03.064-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)
02.02.03.065-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA
02.02.03.066-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII
02.02.03.067-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
02.02.03.068-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)
02.02.03.069-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO
02.02.03.070-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS
02.02.03.071-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL ESPIRATORIO
02.02.03.072-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA
02.02.03.073-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
02.02.03.074-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS
02.02.03.075-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS
02.02.03.076-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
02.02.03.077-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI
02.02.03.078-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)
02.02.03.079-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)
02.02.03.080-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV - IGG)
02.02.03.081-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBELA
02.02.03.082-2 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
02.02.03.083-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA EPSTEIN-BARR
02.02.03.084-9 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES
02.02.03.085-7 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS
02.02.03.086-5 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS
02.02.03.087-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
02.02.03.088-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI
02.02.03.089-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)
02.02.03.090-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)
02.02.03.091-1 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
02.02.03.092-0 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA
02.02.03.093-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
02.02.03.094-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
02.02.03.095-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES
02.02.03.096-2 – PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)
02.02.03.097-0 – PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)
02.02.03.098-9 – PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)
02.02.03.099-7 – PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)
02.02.03.100-4 – PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS
02.02.03.101-2 – PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALAR-ROSE)
02.02.03.102-0 – PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA
02.02.03.103-9 – PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA
02.02.03.104-7 – PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)
02.02.03.105-5 – PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)
02.02.03.106-3 – PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS
02.02.03.107-1 – QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1
02.02.03.108-0 – QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
02.02.03.109-8 – REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.110-1 – REAÇÃO DE MONTENEGRO ID
02.02.03.111-0 – TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS
02.02.03.112-8 – TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.113-6 – TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.114-4 – TESTES ALERGICOS DE CONTATO
02.02.03.115-2 – TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA
02.02.03.116-0 – TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
02.02.03.117-9 – VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTE
02.02.03.118-7 – DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA
02.02.03.119-5 – DOSAGEM DE FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO
02.02.04.001-1 – DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL
02.02.04.002-0 – DOSAGEM DE GORDURA FECAL
02.02.04.003-8 – EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL
02.02.04.004-6 – IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS
02.02.04.005-4 – PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)
02.02.04.006-2 – PESQUISA DE EOSINOFILOS



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.04.007-0 – PESQUISA DE GORDURA FECAL
- 02.02.04.008-9 – PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES
- 02.02.04.009-7 – PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES
- 02.02.04.010-0 – PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES
- 02.02.04.011-9 – PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)
- 02.02.04.012-7 – PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS
- 02.02.04.013-5 – PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES
- 02.02.04.014-3 – PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES
- 02.02.04.015-1 – PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES
- 02.02.04.016-0 – PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES
- 02.02.04.017-8 – PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES
- 02.02.05.001-7 – ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS DA URINA
- 02.02.05.002-5 – CLEARANCE DE CREATININA
- 02.02.05.003-3 – CLEARANCE DE FOSFATO
- 02.02.05.004-1 – CLEARANCE DE UREIA
- 02.02.05.005-0 – CONTAGEM DE ADDIS
- 02.02.05.006-8 – DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE
- 02.02.05.007-6 – DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)
- 02.02.05.008-4 – DOSAGEM DE CITRATO
- 02.02.05.009-2 – DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA
- 02.02.05.010-6 – DOSAGEM DE OXALATO
- 02.02.05.011-4 – DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)
- 02.02.05.012-2 – DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS
- 02.02.05.013-0 – EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS
- 02.02.05.014-9 – PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)
- 02.02.05.015-7 – PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA
- 02.02.05.016-5 – PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA
- 02.02.05.017-3 – PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA
- 02.02.05.018-1 – PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA
- 02.02.05.019-0 – PESQUISA DE CISTINA NA URINA
- 02.02.05.020-3 – PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA
- 02.02.05.021-1 – PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA
- 02.02.05.022-0 – PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA
- 02.02.05.023-8 – PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA
- 02.02.05.024-6 – PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA
- 02.02.05.025-4 – PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)
- 02.02.05.026-2 – PESQUISA DE HOMICISTINA NA URINA
- 02.02.05.027-0 – PESQUISA DE LACTOSE NA URINA
- 02.02.05.028-9 – PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA
- 02.02.05.029-7 – PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA
- 02.02.05.030-0 – PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)
- 02.02.05.031-9 – PESQUISA DE TIROSINA NA URINA
- 02.02.05.032-7 – PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)
- 02.02.06.001-2 – DETERMINAÇÃO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE
- 02.02.06.002-0 – DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3
- 02.02.06.003-9 – DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO
- 02.02.06.004-7 – DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA
- 02.02.06.005-5 – DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS
- 02.02.06.006-3 – DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES
- 02.02.06.007-1 – DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)
- 02.02.06.008-0 – DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)
- 02.02.06.009-8 – DOSAGEM DE ALDOSTERONA
- 02.02.06.010-1 – DOSAGEM DE AMP CICLICO
- 02.02.06.011-0 – DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA
- 02.02.06.012-8 – DOSAGEM DE CALCITONINA
- 02.02.06.013-6 – DOSAGEM DE CORTISOL
- 02.02.06.014-4 – DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)
- 02.02.06.015-2 – DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)
- 02.02.06.016-0 – DOSAGEM DE ESTRADIOL
- 02.02.06.017-9 – DOSAGEM DE ESTRIOL
- 02.02.06.018-7 – DOSAGEM DE ESTRONA
- 02.02.06.019-5 – DOSAGEM DE GASTRINA
- 02.02.06.020-9 – DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA
- 02.02.06.021-7 – DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
- 02.02.06.022-5 – DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)
- 02.02.06.023-3 – DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)
- 02.02.06.024-1 – DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)
- 02.02.06.025-0 – DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
- 02.02.06.026-8 – DOSAGEM DE INSULINA
- 02.02.06.027-6 – DOSAGEM DE PARATORMONIO



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.06.028-4 – DOSAGEM DE PEPTIDEO C02.02.06.029-2 – DOSAGEM DE PROGESTERONA
- 02.02.06.030-6 – DOSAGEM DE PROLACTINA
- 02.02.06.031-4 – DOSAGEM DE RENINA
- 02.02.06.032-2 – DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)
- 02.02.06.033-0 – DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)
- 02.02.06.034-9 – DOSAGEM DE TESTOSTERONA
- 02.02.06.035-7 – DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE
- 02.02.06.036-5 – DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA
- 02.02.06.037-3 – DOSAGEM DE TIROXINA (T4)
- 02.02.06.038-1 – DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
- 02.02.06.039-0 – DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA
- 02.02.06.040-3 – TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH
- 02.02.06.041-1 – TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA
- 02.02.06.042-0 – TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA
- 02.02.06.043-8 – TESTE DE ESTIMULO DE HGH APOS GLUCAGON
- 02.02.06.044-6 – TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA
- 02.02.06.045-4 – TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APOS GLICOSE
- 02.02.06.046-2 – TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS
- 02.02.06.047-0 – PESQUISA DE MACROPROLACTINA
- 02.02.07.001-8 – DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO
- 02.02.07.002-6 – DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO
- 02.02.07.003-4 – DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO
- 02.02.07.004-2 – DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO
- 02.02.07.005-0 – DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO
- 02.02.07.006-9 – DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE
- 02.02.07.007-7 – DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO
- 02.02.07.008-5 – DOSAGEM DE ALUMINIO
- 02.02.07.009-3 – DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS
- 02.02.07.010-7 – DOSAGEM DE ANFETAMINAS
- 02.02.07.011-5 – DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS
- 02.02.07.012-3 – DOSAGEM DE BARBITURATOS
- 02.02.07.013-1 – DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS
- 02.02.07.014-0 – DOSAGEM DE CADMIO
- 02.02.07.015-8 – DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA02.02.07.016-6 – DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA
- 02.02.07.017-4 – DOSAGEM DE CHOMBO
- 02.02.07.018-2 – DOSAGEM DE CICLOSPORINA
- 02.02.07.019-0 – DOSAGEM DE COBRE
- 02.02.07.020-4 – DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)
- 02.02.07.021-2 – DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA
- 02.02.07.022-0 – DOSAGEM DE FENITOINA
- 02.02.07.023-9 – DOSAGEM DE FENOL
- 02.02.07.024-7 – DOSAGEM DE FORMALDEIDO
- 02.02.07.025-5 – DOSAGEM DE LITIO
- 02.02.07.026-3 – DOSAGEM DE MERCURIO
- 02.02.07.027-1 – DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA
- 02.02.07.028-0 – DOSAGEM DE MATABOLITOS DA COCAINA
- 02.02.07.029-8 – DOSAGEM DE METOTREXATO
- 02.02.07.030-1 – DOSAGEM DE QUINIDINA
- 02.02.07.031-0 – DOSAGEM DE SALICILATOS
- 02.02.07.032-8 – DOSAGEM DE SULFATOS
- 02.02.07.033-6 – DOSAGEM DE TEOFILINA
- 02.02.07.034-4 – DOSAGEM DE TIOCIANATO
- 02.02.07.035-2 – DOSAGEM DE ZINCO
- 02.02.08.001-3 – ANTIBIOGRAMA
- 02.02.08.002-1 – ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITORIA MINIMA
- 02.02.08.003-0 – ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS
- 02.02.08.004-8 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)
- 02.02.08.005-6 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)
- 02.02.08.006-4 – BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)
- 02.02.08.007-2 – BACTEROSCOPIA (GRAM)
- 02.02.08.008-0 – CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO
- 02.02.08.009-9 – CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZAÇÃO)
- 02.02.08.010-2 – CULTURA P/ HERPESVIRUS
- 02.02.08.011-0 – CULTURA P/ BAAR
- 02.02.08.012-9 – CULTURA PARA BACTERIAS ANAERIBICAS
- 02.02.08.013-7 – CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS
- 02.02.08.014-5 – EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)02.02.08.015-3 – HEMOCULTURA
- 02.02.08.016-1 – IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- 02.02.08.017-0 – PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI
- 02.02.08.018-8 – PESQUISA DE BACILO DIFTERICO
- 02.02.08.019-6 – PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A
- 02.02.08.020-0 – PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY
- 02.02.08.021-8 – PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI
- 02.02.08.022-6 – PESQUISA DE LEPTOSPIRAS
- 02.02.08.023-4 – PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM
- 02.02.09.001-9 – ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.002-7 – ADENOGRAMA
- 02.02.09.003-5 – CITOLOGIA P/ CLAMIDIA
- 02.02.09.004-3 – CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS
- 02.02.09.005-1 – CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR
- 02.02.09.006-0 – CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR
- 02.02.09.007-8 – DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPIDEOS RELAÇÃO LECITINA – ESFINGOMIELINA NA LIQUIDO AMNIOTICO
- 02.02.09.008-6 – DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO
- 02.02.09.009-4 – DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA
- 02.02.09.010-8 – DOSAGEM DE FRUTOSE
- 02.02.09.011-6 – DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA
- 02.02.09.012-4 – DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.013-2 – DOSAGEM DE PROTEINAS DO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.014-0 – DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)
- 02.02.09.015-9 – ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO DE LIQUOR
- 02.02.09.016-7 – ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO
- 02.02.09.017-5 – ESPLENOGRAMA
- 02.02.09.018-3 – EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE ELULAS
- 02.02.09.019-1 – MIELOGRAMA
- 02.02.09.021-3 – PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)
- 02.02.09.022-1 – DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA
- 02.02.09.023-0 – PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR
- 02.02.09.024-8 – PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS
- 02.02.09.025-6 – PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA
- 02.02.09.026-4 – PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)
- 02.02.09.027-2 – PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.028-0 – PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMATICA (CADA)
- 02.02.09.029-9 – PROVA DE LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS NEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)
- 02.02.09.030-2 – PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE
- 02.02.09.031-0 – REAÇÃO DE PANDY
- 02.02.09.032-9 – REAÇÃO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES
- 02.02.09.033-7 – TESTE DE CLEMENTS
- 02.02.09.034-5 – TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS
- 02.02.09.035-3 – TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO
- 02.02.10.001-4 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TECNICA DE BANDAS)
- 02.02.10.002-2 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES ORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)
- 02.02.10.003-0 – DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE ANDAS)
- 02.02.11.001-0 – DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.11.002-8 – DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS CONFIRMATORIO)
- 02.02.11.004-4 – DOSAGEM DE FENILALALINA (CONROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.11.005-2 – DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
- 02.02.11.006-0 – DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE EMOGLOBINA
- 02.02.11.007-9 – DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA
- 02.02.11.008-7 – DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
- 02.02.12.001-5 – DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS
- 02.02.12.002-3 – DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO
- 02.02.12.003-1 – FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR
- 02.02.12.004-0 – IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS
- 02.02.12.005-8 – PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DE ELUIÇÃO
- 02.02.12.006-6 – PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC
- 02.02.12.007-4 – PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO
- 02.02.12.008-2 – PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)
- 02.02.12.009-0 – TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)
- 02.02.12.010-4 – TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B
- 02.03.01.001-9 – EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-AGINAL/MICROFLORA
- 02.03.01.002-7 – EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 OLETAS)



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

02.03.01.003-5 – EXAME DE COTOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-AGINAL)
02.03.01.004-3 – EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA
02.03.02.001-4 – DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORIAIS ORMONAIS
02.03.02.002-2 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA
02.03.02.003-0 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA EXCETO COLO UTERINO)- PEÇA CIRURGICA
02.03.02.004-9 – IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR ARCADOR)
02.03.02.005- ECROPSIA
2.03.02.006-5 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA BIOPSIA
2.03.02.007-3 – EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – PEÇA CIRURGICA
2.03.02.008-1 – EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA

GRUPO 03 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

SUB-GRUPO 02 – FISIOTERAPIA

Quantidade de Procedimentos – 3.000 unidades

Valor mês estimado – R\$7.500,00(sete mil e quinhentos reais) - Recursos do MAC – Media e Alta complexidade.

Complementação Tabela (100%) - R\$7.500,00(sete mil e quinhentos reais) – Recursos Ordinarios/ Fundo Único de Saude.

PROCEDIMENTOS:

03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS
03.02.01.003-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO
03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO
03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA
03.02.03.001-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO
03.02.03.002-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
03.02.05.003-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO
03.02.07.002-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO
03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

Grupo 07 - ORTESES E PROTESES

SUBGRUPO 01 - NÃO RELACIONADAS AO ATO CIRÚRGICO

Quantidade de Procedimentos – 50 unidades

Valor mês estimado – R\$7.500,00(sete mil e quinhentos reais) Recursos do MAC – Media e Alta complexidade.

Complementação Tabela (100%) - R\$7.500,00(sete mil e quinhentos reais) – Recursos Ordinários/ Fundo Único de saúde.

PROCEDIMENTOS:

07.01.07.012- 9 Prótese Total Mandibular
07.01.07.013- 7 Prótese Total Maxilar
07.01.07.009- 9 Prótese Parcial Mandibular Removível
07.01.07.010- 2 Prótese Parcial Maxilar

04. PRAZO E LOCAL DE EXECUÇÃO

O prazo da execução dos serviços será de 12 (doze) meses, a iniciar-se da data da assinatura do instrumento contratual, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos de acordo com a Lei nº 8.666/93 e alterações acaso sejam de interesse da administração.

A realização dos procedimentos deverá ocorrer na própria clínica prestadora de serviço, sendo de sua total responsabilidade a manutenção e compra de equipamentos e materiais necessários à execução dos serviços de saúde.

A clínica deverá comunicar previamente à Secretaria Municipal de Saúde deste Município o seu horário de funcionamento e atendimento ao público. O agendamento ficará à critério da Contratada de acordo com seu horário de funcionamento informado e a solicitação deve estar autorizada pela SMS/Apodi, através de sua Central de Regulação e a realização do atendimento/procedimento ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias do recebimento da solicitação.

A Contratada fica obrigada ao cumprimento da realização do quantitativo total de exames do contrato.

05. PARTICIPAÇÃO DO CREDENCIAMENTO (LEI 8666/90, ARTS. 28, 29, 30 E 31, I E II)

Poderão participar deste processo de chamamento os prestadores de serviços que tenham registrado em seu contrato social como atividade principal a prestação de serviços Ambulatoriais e/ou de cirurgia de média e alta complexidade, desde que comprovem possuir os requisitos abaixo especificados:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

5.1 - RELATIVOS À CAPACIDADE JURÍDICA

- a) Identificação do proponente, com CNPJ, nome, endereço, inscrição municipal e todas as formas de contato (telefone, fax e e-mail);
- b) Cópia autenticada da Cédula de Identidade de todo (s) os sócios e Certidão de Matrícula na Junta Comercial, no caso de firma individual;
- c) Ato Constitutivo (estatuto ou contrato social) devidamente registrado e acompanhado das alterações posteriores, em se tratando de Sociedades Comerciais, e, no caso de Sociedades por Ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, apresentar também documentos do responsável pela empresa (**Cópia autenticada do RG ou Documento equivalente de todo (s) os Sócio (s) da Empresa**);
- d) Registro do Ato Constitutivo, no caso de Sociedades acompanhada de alterações e prova de diretoria em exercício;
- e) Decreto de Autorização, devidamente arquivado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- f) Alvará Sanitário Atualizado, expedido pela Vigilância Sanitária Municipal ou Estadual
- g) Declaração afirmando estar ciente das condições do Edital de **Chamada Pública em questão**, que assume a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão Permanente de Licitação para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, conforme **Anexo II**;
- h) Declaração afirmando aceitar os preços praticados pela **Tabela SUS atualizada** para pagamento dos procedimentos contratados **acrescida de 100% de seu valor**, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde, conforme **Anexo III**;
- i) Dados de identificação de conta bancária: identificação do Banco, número da agência e da conta corrente;
- j) Declaração emitida pela empresa atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo condição de aprendiz), (**Conforme Modelo Anexo V – “b”**);
- l) Declaração de Fato Impeditivo (**Conforme Modelo Anexo V – “a”**).

5.2 - RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- a) Certidão Conjunta de Tributos Federais e Dívida Ativa da União emitida pela Secretaria da Receita Federal;
- b) Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Estaduais e Dívida Ativa do Estado, emitida pela Secretaria de Estado de Tributação e Procuradoria Geral do Estado onde a empresa for sediada;
- c) Certidão Negativa de Débitos do Município da sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;
- d) Certificado de Regularidade (CRF) perante o FGTS emitido pela Caixa Econômica Federal
- e) Certidão Negativa de Débito (CND) fornecida pelo INSS;
- f) Certidão Negativa de Débito Trabalhista.

5.3 - OBSERVAÇÕES

- a) As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de recebimento das propostas;

5.4 – DOCUMENTOS RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA E OFERTA DE SERVIÇOS

- a) Ofício indicando as áreas de interesse, e dentro de cada área, os grupos, sub-grupos e formas de organização que o interessado pretende participar, observando este Termo de Referência e normas do edital, informando a quantidade de exames que pretende ofertar em cada forma de organização;
- b) Comprovante de cadastramento Estabelecimento de Saúde (CNES);
- c) Registro ou inscrição na entidade profissional competente;
- d) Relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica do prestador, informando nome, CPF, carga horária semanal, cargo, função e número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, quando for o caso (Anexo IV);
- e) Certificado de especialidade devidamente reconhecido pela respectiva entidade de classe, RG e CPF do responsável técnico pelo serviço a ser contratado.

06. GARANTIA



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

A garantia de prestação de serviço está limitada ao quantitativo de exames contratados, sob pena de aplicação das penalidades de multas e suspensão temporária de licitar e contratar com a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE deste Município.

07. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

Os valores de referência à prestação dos serviços, nos termos da Lei nº 8080/90, serão aqueles constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS” acrescido de 100%, conforme tabela SUS Municipal aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Apodi.

08. FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento dar-se-á mensalmente por faturamento acompanhado de Nota Fiscal/documentos discriminados do serviço prestado após execução dos mesmos.

Todos os contratados deverão utilizar o Sistema de marcação disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Apodi.

O relatório de produção mensal deverá ser entregue na Coordenadoria de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde deste Município até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente à prestação do serviço.

Após 20 (vinte) dias da entrega do relatório de produção, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizará o relatório de crítica contendo os valores aprovados para pagamento.

A partir da divulgação do relatório de crítica, o prestador deverá apresentar a Nota Fiscal na Coordenadoria de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria deste Município para o respectivo “aceite” e encaminhamento ao Departamento Administrativo Financeiro para efetuar o pagamento.

O Acréscimo de 100% na Tabela do SUS citado anteriormente, ocorrerá por conta dos Recursos Oriundos do Orçamento Geral do Município.

09. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E OBRIGAÇÃO DOS CONTRATADOS

- a) Apresentar a documentação exigida neste Edital;
- b) Só poderão participar empresas com sede do município de Apodi-RN, e que não possua impedimento jurídico com a Prefeitura Municipal de Apodi, em virtude da logística de transporte (deslocamento) existente na Secretaria Municipal de Saúde, evitando-se, assim, custos indevidos para este Município;
- c) Atender os pacientes agendados pela rede municipal de saúde de Apodi em dias e horário previamente acordados com a Coordenadoria de Planejamento, Controle e Avaliação da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde,



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

devendo haver distribuição total dos horários necessários para cobrir o teto financeiro recebido;

d) Fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, observando, neste caso, todas as garantias referentes à privacidade e segurança das informações;

e) Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e os demais pacientes atendidos pelo prestador;

f) Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes aos quadros do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;

g) Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS” acrescido de 100%, conforme tabela SUS Municipal aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Apodi. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;

h) Os prestadores responderão exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;

i) Os prestadores deverão manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;

j) Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde;

k) Nos casos em que o laudo técnico suscitar dúvidas pelo médico solicitante, este deverá contatar com o prestador do serviço para esclarecimentos e, se necessário, o exame deverá ser refeito sem nova cobrança ou qualquer custo adicional;

l) Utilizar o sistema SIA/SUS para apresentação da produção mensal;

m) Todos os prestadores contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS/Apodi durante a vigência do contrato.

n) As empresas que possuírem matriz e filial(is) somente poderão participar da presente Chamada Pública através de um único CNPJ, através do qual receberão os pagamentos caso sejam contratadas. O CNPJ deverá ser identificado em ofício de encaminhamento e nos respectivos documentos a serem exigidos no Edital a ser publicado.

10. DA SELEÇÃO

Serão selecionados os prestadores que atenderem a todas as exigências do presente edital e obtiverem declaração de não objeção à assinatura



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

do contrato expedida pela Comissão de Contratualização dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde após a realização da vistoria técnica.

11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O possível contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos e/ou supressões que se fizerem necessários na aquisição objeto deste termo de referência, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor do seu respectivo contrato atualizado.

LUIS SABINO DA COSTA NETO
Secretária Municipal de Saúde de Apodi



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO EDITAL

A empresa, pessoa jurídica de direito, com sede na, inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio-gerente ou representante legal, abaixo firmado, vem declarar que possui pleno conhecimento, e manifestar inteira concordância, com todos 001/2023/SMS/PMA, que trata da seleção e possível contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para a realização de exames de, discriminados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS”, assumindo a responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados, sujeitando-se às penalidades legais e a sumária desclassificação do chamamento, e que fornecerá quaisquer informações complementares solicitadas pela Comissão de Contrato dos Prestadores de Serviços de Saúde de Apodi.

CIDADE/UF, XX de XXXXXXXXXXXXXXX de 2023

NOME:

CPF:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS PREÇOS

A empresa jurídica, pessoa jurídica de direito privado, com sede na....., inscrita no CNPJ nº....., por meio de seu sócio gerente ou representante legal, abaixo firmado, em atenção ao EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 001/2023 - SMS/PMA, vem manifestar sua aceitação aos preços praticados pela “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS” acrescida de 100% para pagamento dos procedimentos contratados, estando também ciente de que os reajustes aplicados aos referidos procedimentos obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.

CIDADE/UF, **XX de XXXXXXXXXXXX** de 2023.

NOME:
CPF:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO IV

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM EQUIPE TÉCNICA

Empresa: _____

CNPJ: _____

Nome do Profissional	
CPF	
Cargo	
Função	
Carga Horária Semanal	
Número no Conselho Profissional (quando for o caso)	

Nome do Profissional	
CPF	
Cargo	
Função	
Carga Horária Semanal	
Número no Conselho Profissional (quando for o caso)	

Nome do Profissional	
CPF	
Cargo	
Função	
Carga Horária Semanal	
Número no Conselho Profissional (quando for o caso)	

CIDADE/UF, XX de XXXXXXXXXXXX de 2023.

NOME:
CPF:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO V - modelo "a"

DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

D E C L A R A Ç Ã O (em papel timbrado da empresa)

A empresa....., inscrito no CNPJ n.º, por intermédio do seu representante legal, Sr. (a), portador (a) de carteira de identidade n.º do CPF n.º DECLARA, que não tem contra si fatos impeditivos para sua habilitação ou que desabonem sua conduta, comprometendo-se a informar eventuais e futuras ocorrências neste sentido, sob as penas da lei.

Local e Data,

Assinatura do Representante Legal



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO V - modelo "b"

DECLARAÇÃO DO TRABALHO DO MENOR

D E C L A R A Ç Ã O (em papel timbrado da empresa)

A empresa, inscrito(a) no CNPJ n.º, por intermédio do seu representante legal, o(a) Sr.(a)....., portador(a) da carteira de Identidade nº.....
DECLARA, para fins do dispositivo no inciso V do art. 27 da Lei nº 9.854 de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de dezesseis anos, salvo na condição de menor aprendiz.

Local e Data,

Assinatura do Representante Legal



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

ANEXO V

MINUTA DO TERMO DE CONTRATO Nº XXX/2023

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE APODI, ATRAVÉS
DO FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE, E A
EMPRESA: _____.

O MUNICÍPIO DE APODI/RN, pessoa jurídica de direito público, situada à Praça Francisco Pinto, 56 – Centro de Apodi, através do Fundo Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 11.424.658/0001-47, situada à Praça Francisco Pinto, s/n – Centro de Apodi, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada, pelo seu Secretário, _____, portador do RG n.º _____-SSP/RN e inscrito no CPF sob o n.º _____, e a empresa: _____, resolvem firmar o presente contrato, decorrente do Edital de Chamada Pública nº 002/2023, cujo Edital fica fazendo parte integrante deste, mediante cláusulas e condições a seguir enunciadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente contrato tem como objeto a contratação de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para a realização de procedimentos com finalidade diagnóstica, discriminados no Grupo _____ da “Tabela de Procedimentos, _____ (____) do Sistema Único de Saúde - SUS”.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO FUNDAMENTO LEGAL

O presente contrato será regido na íntegra pela Constituição Federal, Art. 199; Lei 8.080/90, Arts. 24 e seguintes; Lei 8.666/93 e alterações e demais normas da legislação vigente aplicável.

CLÁUSULA TERCEIRA – RESPONSABILIDADE DO CONTRATADO

O CONTRATADO será responsável pela indenização de dano causado ao paciente, órgãos do Sistema Único de Saúde e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ação ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência ou dolo, praticados por seus profissionais ou prepostos.

CLÁUSULA QUARTA – DO TETO FINANCEIRO

O valor anual do teto financeiro será de R\$ _____ (_____).

CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente deste contrato correrá por conta do Orçamento de 2023 da Prefeitura Municipal de Apodi, conforme descrito na Cláusula Terceira deste Termo, com as seguintes características:

Órgão: 03 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APODI



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

Unidade: 03 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE APODI

Função: 010 – SAÚDE

Subfunção: 302 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Programa: 09 – ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE

Ação: 2.99: – MANUTENÇÃO DA AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ATENÇÃO ESPECIAL

Elemento de despesa: 491 - 3.3.3.9.0.39.00.00.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA.

Elemento de despesa: 4901 - 3.3.3.9.0.39.00.00.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES, DAS CONDIÇÕES, DO LOCAL E DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A prestação dos serviços deverá ocorrer conforme as condições a seguir estabelecidas, além daquelas previstas no Edital:

1. O contratado de verá integrar-se ao Sistema Nacional de Regulação – SISREG III, ou sistema utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, destinando equipamento necessário para operacionalização do mesmo e indicando pelo menos 01 (um) profissional para ser treinado e apto a utilizar o Sistema;
2. Atender os pacientes agendados pela rede municipal de saúde de Apodi em dias e horário previamente acordados com a Unidade de Gerenciamento de Vaga da Secretaria Municipal de Saúde de Apodi, devendo haver distribuição total dos horários necessários para cobrir o teto financeiro recebido;
3. Fornecer os resultados de exames em formulário próprio entregue ao paciente na sede do prestador, observando, neste caso, todas as garantias referentes à privacidade e segurança das informações;
4. Não poderá haver qualquer distinção entre o atendimento destinado aos pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde e os demais pacientes atendidos pelo prestador;
5. Os serviços contratados deverão ser prestados pelos profissionais pertencentes aos quadros do prestador, de acordo com as condições e especificações estabelecidas neste instrumento e no contrato;
6. Os prestadores receberão pelos serviços prestados exclusivamente os valores previstos na “Tabela de Procedimentos, _____ (_____) do Sistema Único de Saúde - SUS” acrescido de 100% de seu valor com recursos OGM. Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos pacientes ou seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal;
7. O contratado responderá exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para a execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde;
8. O contratado deverá manter-se, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações anteriores e com as condições de habilitação exigidas neste instrumento;
9. Não poderá haver qualquer obstáculo ou impedimento às vistorias técnicas que serão realizadas pela Comissão Permanente de Licitação de Apodi e pelo Serviço de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde;



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

10. Nos casos em que o laudo técnico suscitar dúvidas pelo médico solicitante, este deverá contatar com o prestador do serviço para esclarecimentos e, se necessário, o exame deverá ser refeito sem nova cobrança ou qualquer custo adicional;

11. Utilizar o sistema SIA/SUS para apresentação da produção mensal;

12. Todos os contratados ficarão sujeitos à auditoria da SMS durante a vigência do contrato.

13. A CONTRATADA obriga-se a:

- a) Manter durante a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação, conforme estabelece o inciso XIII do Artigo 55 da Lei 8.666/93;
- b) Executar os serviços conforme pactuados neste instrumento;
- c) Os serviços, ora contratados, não poderão ser interrompidos, salvo na ocorrência de atraso injustificado de pagamento de qualquer fatura, por período superior a 90 (noventa) dias;
- d) Caso a Secretaria Municipal de Saúde do Município de APODI-RN, autorize procedimentos acima do teto estabelecido nesta avença, caberá ao referido Órgão Municipal justificar a necessidade da prestação do serviço junto aos Órgãos de fiscalização e Controladoria Geral do Município;
- e) As faturas deverão ser apresentadas até o **xº (xx)** dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços;
- f) Eventuais glosas ou quaisquer tipos de inconsistência poderão ser revistos e pagos na fatura do mês subsequente;
- g) É de responsabilidade exclusiva e integral da empresa habilitada a utilização de pessoal necessário à execução dos serviços ambulatoriais e/ou cirúrgicos pactuados, incluídos os encargos trabalhista, previdenciários, fiscais e comerciais, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria de Saúde ou para o Município de Apodi;
- h) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos paciente e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de dez anos, a fluir da data do último registro de atendimento da paciente. Ao final desse tempo, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (microfilmagem, por exemplo) e os originais poderão serem destruídos, ressalvado o art. 10, inciso I, da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que prevê 18(dezoito) para manutenção de arquivos referente a atividades desenvolvidas por hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes;
- i) Atender aos pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade da prestação dos serviços;
- j) Afixar aviso, em local visível, de sua condição de integrante do Sistema Único de saúde;
- k) Justificar ao paciente ou ao seu representante legal, por escrito, as razões técnicas alegadas quando for julgado como melhor a não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste instrumento;
- l) Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente;
- m) Notificar a empresa habilitada da eventual alteração de seu estatuto ou contrato, bem como a mudança de sua diretoria, enviando no prazo de 30 (trinta) dias, cópia autenticada da Certidão do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, com a comprovação da alteração.

14. A CONTRATANTE obriga-se a:



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

- a) Acompanhar a execução e inspecionar os serviços objeto deste contrato, com amplos poderes para recusá-los ou sustá-los, desde que não estejam de acordo com as normas nele estabelecidas;
- b) Designar funcionário para o acompanhamento e fiscalização dos serviços durante a execução do contrato, ou seja, auditar, monitorar, avaliar e regular efetivamente os serviços durante a execução do contrato;
- c) Efetuar o pagamento dos serviços efetivamente prestados e atestados, devendo encaminhar no prazo de x dias após o recebimento da fatura, documentação referente à efetiva prestação dos serviços pela contratada a INTERVENIENTE, para fins de auditoria e efetuar o pagamento dos serviços efetivamente prestados e atestados no prazo máximo de x dias após o recebimento das Faturas/Notas Fiscais.
- d) Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias ao serviço objeto deste contrato até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PAGAMENTO E SUA REVISÃO

O pagamento será efetuado através da apresentação da Nota Fiscal, em reais, devidamente conferida e aceita pela CONTRATANTE, mediante depósito em conta bancária, correspondente aos serviços efetivamente prestados. Parágrafo Primeiro: O Acréscimo de 100% na Tabela do SUS correrá por conta dos Recursos Oriundos do Orçamento Geral do Município, já devidamente aprovado pelo conselho municipal de saúde de Apodi.

Parágrafo Único: A Nota Fiscal será emitida com o valor correspondente ao relatório de crítica emitido mensalmente pela CONTRATANTE, utilizando-se o Sistema SIA/SUS.

CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES/SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

A CONTRATANTE poderá, pela inobservância do CONTRATADO de cláusula ou obrigação deste contrato, ou não atendimento de dever originado em norma legal, garantida a prévia defesa, aplicar as seguintes sanções, sem prejuízo daquelas previstas no art. 87 da Lei Federal nº. 8.666/93:

- a) Pelo atraso injustificado no fornecimento dos serviços, ficará a CONTRATADA sujeita a multa de 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento) ao dia, do valor da obrigação, se o atraso for até 30(trinta) dias. Excedido este prazo, a multa será em dobro;
- b) Pela inexecução total ou parcial do Contrato, a CONTRATANTE poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à CONTRATADA as sanções previstas nos incisos I, II e IV do art. 87 da Lei Federal nº 8.666/93 e multa de 20%(vinte por cento) sobre o valor dos serviços não prestados;
- c) As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a outra;
- d) Multa correspondente à diferença de preço resultante da nova licitação realizada para complementação ou realização da obrigação não cumprida;
- e) Aplicadas as multas, a CONTRATANTE descontará do primeiro pagamento que fizer à CONTRATADA, após a sua imposição.

CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE DE PREÇO

Os preços serão sempre aqueles praticados na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS” acrescidos de 100% do seu valor, e os reajustes aplicados aos procedimentos constantes na referida Tabela, também obedeceram às determinações do Ministério da Saúde.



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

CLÁUSULA DÉCIMA – DO INTERESSE PÚBLICO

O CONTRATANTE em razão da supremacia dos interesses públicos sobre os interesses particulares poderá:

- a) A CONTRATANTE poderá, a qualquer tempo, suspender a prestação dos serviços, ou de parte deles, desde que notifique por escrito à CONTRATADA, conforme preceitua a Lei n.º 8.666/93 em seu artigo 78, inciso XIV.
- b) Modificar unilateralmente o contrato para melhor adequação às finalidades de interesse público, respeitando os direitos do CONTRATADO;
- c) Rescindir unilateralmente o contrato, nos casos de infração contratual ou inaptidão do CONTRATADO;
- d) Fiscalizar a execução do contrato;
- e) Aplicar sanções motivadas pela inexecução total ou parcial do ajuste;

Parágrafo primeiro. Sempre que a CONTRATANTE alterar ou rescindir o contrato sem culpa do CONTRATADO, deve ser respeitado o equilíbrio econômico-financeiro, garantindo-lhe o aumento da remuneração respectiva ou a indenização por despesas já realizadas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - GESTOR DO CONTRATO/ CONTROLE

AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A CONTRATANTE designa a Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria, para atuar como fiscal responsável pela execução do presente contrato, conforme determina o artigo 67 da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

Este contrato terá sua vigência pelo prazo de doze (12) meses, com início em _____ de _____ de 2023 e término em _____ de _____ de 2024, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, até o prazo máximo de 60 meses, nos termos deste contrato e seus anexos, conforme estatui o inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Este contrato poderá ser alterado, exceto em seu objeto, nos casos previstos no artigo 65 da Lei nº 8.666/93, através de Termos Aditivos e por acordo entre as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

O presente contrato poderá ser rescindido nos casos previstos no artigo 78 da Lei n.º 8.666/93, aplicando-se o disposto no seu artigo 77. Parágrafo Único: Os casos da rescisão contratual serão formalmente motivados nos autos, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA EXTINÇÃO

O presente contrato extinguir-se-á ao termino do prazo de sua vigência; podendo ser denunciado por qualquer das partes, desde que haja notificação prévia de (sessenta dias) e por escrito, respeitadas as obrigações até então assumidas.

Parágrafo único: Também constituirá motivo para denunciar o presente contrato o descumprimento de quaisquer das cláusulas avençadas.



Estado do Rio Grande do Norte
PRFEFEITURA MUNICIPAL DE APODI
CNPJ 08.349.011/0001-93
Palácio Francisco Pinto, 56 Centro – CEP: 59700-000
Fone: 3333 – 2123/3333-3610

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Município e da União, até o quinto dia do mês subsequente, da data de sua assinatura, sendo providenciada a ciência ao Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA RENÚNCIA E NOVAÇÃO

As eventuais tolerâncias por parte da CONTRATANTE ou inobservância da CONTRATADA às obrigações convencionais ou legais decorrentes deste contrato, não configurarão renúncia a direitos, nem implicarão em novação das obrigações assumidas.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Face ao disposto no § 1º, do art. 65, da Lei nº 8.666, de 21.06.93 e suas alterações, a quantidade de que trata este contrato poderá sofrer acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial do contrato, com a devida atualização. Os casos omissos serão resolvidos pela Lei Federal pela Lei Federal nº 8.666, de 27 de junho de 1993, em sua atual redação, tudo de conformidade com as normas jurídicas e administrativas aplicáveis e com os princípios gerais do direito.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Apodi/RN, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões resultantes do presente contrato não resolvidas na esfera administrativa. E, por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente contrato na data abaixo indicada, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Apodi/RN, **XX de XXXXXX** de 2023.

LUIS SABINO DA COSTA NETO
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____ CPF N° _____

2) _____ CPF N° _____