



**FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP).
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

**CONTRATO Nº 001/2022 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A IRMANDADE DA SANTA
CASA DE MISERICÓRDIA DE OSVALDO CRUZ E A
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA, PARA FORNECIMENTO DE
HEMOCOMPONENTES.

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2, da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656, de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal 10.205, de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936, de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2712, de 12 de novembro de 2013, ou legislação vigente durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE OSVALDO CRUZ**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 53.338.992/0001-28, com sede na **Av. Presidente Vargas, nº 01**, na cidade de Osvaldo Cruz, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada por seu Provedor o Sr. Fernando José Romani, portador da Cédula de Identidade RG nº. 42.092.407-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº. 230.216.388-56, com endereço especial no local acima indicado, e de outro lado, a **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 09.161.265/0001-46, com sede na **Rua Marrey Junior, nº 162 - Bairro Fragata**, na cidade de Marília, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pela sua Presidente a Srª **Eloisa Helena Martinez Capel Gelsi**, portador da Cédula de Identidade RG nº 14.610.970-3 e inscrito no CPF/MF sob o nº. 064.282.038-47, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HC FAMEMA**, neste ato representada pela sua Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.Hemoterapia **Dra. Doralice Marville Tan**, têm entre si justo e contratado o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato o fornecimento de hemocomponentes pela **CONTRATADA** em face da **CONTRATANTE**, ficando garantido, incondicionalmente, o atendimento preferencial aos pacientes do SUS.

§1º - O fornecimento a que se refere o caput desta cláusula será feito exclusivamente pelo Hemocentro HC FAMEMA, para a **CONTRATANTE**, que deverá manter-se cadastrada como Agência Transfusional ou Unidade de Coleta, caso necessitem do Serviço de Controle de Qualidade de Hemocomponentes.



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP).
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

§2º - Outros serviços poderão ser disponibilizados pela **CONTRATADA**, através de Termo Aditivo Específico, se previamente acordado entre as partes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

As atividades referidas na Cláusula Primeira serão desenvolvidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, com a observância das regras e procedimentos previstos na legislação vigente, bem como a Norma Operacional, constante do Anexo II que fica fazendo parte do presente contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I – São obrigações da **CONTRATADA**:

- 1- Captar e selecionar doadores;
- 2- Coletar, processar, analisar e fornecer hemocomponentes de acordo com a disponibilidade de estoque, com testes sorológicos negativos, identificação de grupos sanguíneos e pesquisa de anticorpos irregulares, mediante documento próprio do Hemocentro do HC FAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Proceder à modificação dos hemocomponentes para adequá-los as necessidades específicas de determinados pacientes (Irradiação, e outras da espécie);
- 4- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ocorrer requisição modificada ou adequada, de acordo com a necessidade.

II – São obrigações da **CONTRATANTE**:

- 1- Manter no Hemocentro do HC FAMEMA cadastro como: Serviço Hemoterápico, com dados do responsável técnico, conforme ANEXO I, deste contrato, o qual deverá ser atualizado anualmente, ou sempre que necessário;
- 2- Apresentar, no ato da assinatura deste contrato, Alvará de Funcionamento do Serviço Hemoterápico expedido pela Divisão Técnica da Vigilância Sanitária e suas posteriores renovações;
- 3- Manter área física necessária ao funcionamento do serviço de hemoterapia e quadro de pessoal sob a responsabilidade de profissional médico;
- 4- Solicitar os hemocomponentes, segundo normas da **CONTRATADA**, estabelecidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, conforme ANEXO II, deste contrato;
- 5- Responder integralmente pelo transporte e conservação do sangue e seus componentes, bem como responsabilizar-se pela realização das provas pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde.

da Saúde;

- 6- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos (Captação de Doadores, Triagem, Coleta, Processamento, Sorologia e Exames Imunohematológicos de Doadores, entre outros) relativos aos hemocomponentes produzidos e fornecidos, que forem **transfundidos em pacientes NÃO SUS**;
- 7- Responsabilizar-se pelo descarte dos cascos das bolsas utilizadas em transfusão e das amostras, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio ou da instituição a que estiver agregado. O PGRSS deve contemplar os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados, bem como as ações de proteção de saúde pública e meio ambiente.
- 8- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores, a fim de atender a demanda de sangue do Serviço;
- 9- Permitir à **CONTRATADA** a realização de auditorias por si ou por terceiros, para fins de verificação quanto à correta execução do presente contrato.
- 10- Devolver as bolsas de hemocomponentes não utilizadas ao Hemocentro do HC FAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos limpos e identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas;
- 11- Encaminhar ao Hemocentro do HC FAMEMA, imprerivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo informações referentes aos componentes que estavam no estoque no mês anterior (ANEXO V), no qual deverá conter: nome do paciente; nome do convênio, o hemocomponente e seu número de identificação da bolsa e a data da transfusão;
- 12- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HC FAMEMA:
 - a- a ficha de Cadastro de pacientes transfundidos, com os dados preenchidos;
 - b- a ficha de relação de bolsas eliminadas, com os dados das bolsas preenchidas.
- 13- Não fornecer, em nenhuma hipótese, hemocomponentes a outros estabelecimentos de saúde, ainda que conveniados ou contratados com a **CONTRATADA**, não utilizar em suas dependências produtos hemoterápicos oriundos de outros Serviços ou Hospitais, salvo se houver falta do componente e, com anuência expressa do HEMOCENTRO, sob pena de ensejar a imediata rescisão contratual;
- 14- Cumprir e fazer cumprir a Legislação Vigente do Ministério da Saúde.

III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

- 1- Recomenda-se que o serviço utilize de método para limitar, detectar ou inativar contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

Os valores mencionados neste contrato são exclusivamente para ressarcimento dos custos de



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162 - Bairro Fragata, Marília (SP)
CEP: 17.519-010 Telefex: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

captação de doadores, coleta, processamento e exames sorológicos, imunohematológicos de doadores e pacientes realizados para o preparo dos hemocomponentes – realizados pela **CONTRATADA** e transfundidos pela **CONTRATANTE** a pacientes **NÃO SUS**.

§1º - A **CONTRATADA** realizará a cobrança dos serviços prestados de acordo com a tabela do ANEXO III, deste Contrato.

§2º - Aos pacientes **SUS**, a **CONTRATANTE** não poderá, em nenhuma hipótese, repassar os custos de captação de doadores, coleta, processamento e exames sorológicos e imunohematológicos realizados para o preparo dos hemocomponentes realizados pela **CONTRATADA**, sendo lícito facultado realizar o faturamento via **SUS** inerente aos módulos: pré-transfusionais I e II, o transfusionais, em conformidade com a respectiva tabela **SUS**.

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, mediante apresentação da fatura calculada pela tabela descrita no **§1º**, da Cláusula Quarta, emitida mensalmente, no mês subsequente ao da prestação dos serviços.

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes **NÃO SUS**, será feito pelo **CONTRATANTE** a **CONTRATADA** mediante depósito no **Banco do Brasil, Agência 3852-0, Conta Corrente 5162-4**, no dia 10 de cada mês, subsequente à emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

§2º - O comprovante de depósito deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro@famar.org.br e faturamento_famar@famema.br.

§3º - Para o pagamento efetuado após o vencimento, haverá multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês, como ainda correção monetária pelo IPCA ou índice que o venha a substituir, e juros de mora de 2% ao mês, aplicados pro rata die.

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

Os preços dos serviços oferecidos pela **CONTRATADA** (ANEXO III), poderão ser reajustados com a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com o Índice Oficial do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do mês de janeiro (acumulado dos últimos 12 meses) do ano vigente, independente do mês de contratação, ou outro que venha a substituí-lo, mediante negociação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Iniciado o processo de negociação para reajuste, eventual negativa de resposta quanto à proposta formulada pela **CONTRATADA**, dentro do prazo de 15 dias, resultará em aceitação tácita.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

O presente Contrato tem vigência de 12 (doze) meses, com início a partir da data de assinatura, se

[Handwritten signature]
11/10/17



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.181.265/0001-48

não houver manifestação contrária por qualquer uma das partes, este contrato será prorrogável automaticamente e sucessivamente por iguais períodos, não ultrapassando a 60 (sessenta) meses, independente de Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA

Este contrato poderá ser denunciado durante o prazo de sua vigência, por mútuo consentimento, ou por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo da conclusão das atividades eventualmente em andamento, e do respectivo pagamento.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

9.1 - Este contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou, unilateralmente, por qualquer delas, desde que aquela que assim o desejar comunique à outra por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das atividades em andamento.

§1º - O não cumprimento das obrigações por uma das partes, implicará na imediata suspensão dos serviços, podendo com a consequente rescisão deste contrato, sendo necessário uma notificação e o pagamento imediato dos valores devidos à **CONTRATADA** apurados até aquela data.

§2º - Com a suspensão e/ou rescisão do presente contrato, deverá a **CONTRATANTE** proceder ao pagamento imediato dos valores devidos a **CONTRATADA** apurados até aquela data, observando o §3º da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

O presente contrato somente será alterado por acordo entre as partes, formalizado através do Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

Não se constitui, em decorrência deste contrato, qualquer vínculo empregatício, tampouco qualquer tipo de associação, consórcio ou responsabilidade solidária entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**. Cada parte será responsável pelo cumprimento das leis a ela cabíveis, inclusive pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais de seus empregados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

As quantidades mencionadas no ANEXO IV, que faz parte integrante deste contrato, correspondem à média de consumo da **CONTRATANTE** referentes aos 06 (seis) meses antecedentes à assinatura deste contrato e servem de base para a quantidade máxima a ser disponibilizada pela **CONTRATADA**, admitindo-se tolerância de fornecimento de, até, 20% (vinte) por cento.

por cento), além da quantidade média de consumo, a fim de assegurar o equilíbrio de funcionamento, tendo em vista a demanda variável da **CONTRATADA**.

§1º - A alteração das quantidades descritas no ANEXO IV, deste Contrato, será realizada mediante prévio acordo escrito entre as partes.

§2º - Fica expressamente acordado entre as partes que o fornecimento das quantidades de hemocomponentes constantes do ANEXO IV, deste contrato, estarão sujeitas à disponibilidade dos produtos em estoque.

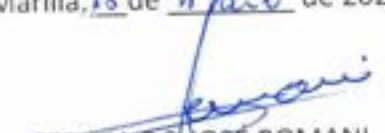
§3º - Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior de que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, a **CONTRATADA** não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ela tão somente acionar o sistema de coleta emergencial a fim de dar suporte de atendimento a essas situações.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes, fica eleito o foro da comarca de Marília, Estado de São Paulo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.

Marília, 16 de maio de 2022

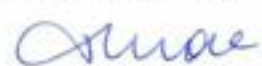

FERNANDO JOSÉ ROMANI
PROVEDOR DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE OSVALDO CRUZ


SRª ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Dra. Thais Milani Adriano
Diretora Técnica
Testemunhas: 

1. Eloisa Magnani
RG: 26.634.709-5
CPF: 158.746.748-88




Dra. Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA
2. Maria do Carmo dos Santos
RG: 16.542.503-9
CPF: 088.957.498-71



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP).
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - I

CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Osvaldo Cruz				
Nome Fantasia:	Santa Casa de Osvaldo Cruz				
Tipo:	(X) 01- Privado () 02- Público				
CNPJ:	53.338.992/0001-28				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	1183	Insc. Municipal:	isento
Endereço:	Av. Presidente Vargas, 01				
Bairro:	Vila São Luiz	Município/UF	Osvaldo Cruz/SP	CEP:	17.700-000
Telefone:	(18) 3529-9558		Email	scoc.sec@terra.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	Dra. Thais Milani Adriano				
CRM:	172958				
Presidente/Responsável Legal:	Fernando Milani Adriano PROVEDOR				
RG:	42.092.487-5	CPF:	230.216.388-56	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Adriana Priscila Simon – Técnica segunda a sexta – 11 as 17 horas					
Elaine Cristina Treviso – segunda a sexta – 11 as 17 horas					
Lucinele Sella – finais de semana e feriados					
Nome da Testemunha:		Eloisa Magnani			
RG:	26.634.709-5	CPF:	158.746.748-88		

Handwritten signature and initials in blue ink.

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

Considerando a legislação vigente referente à Consolidação nº 5 ou a que vier substituí-la e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, o diretor técnico do Hemocentro do HC FAMEMA, Dra. Doralice Marville Tan, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, resolve: adotar a seguinte rotina operacional e determina a sua divulgação:

Art. 1º. Regularizar a rotina operacional para solicitação de hemocomponentes, solicitação de exames imunohematológicos complementares a pacientes, realização das provas para transfusionais para os hospitais conveniados, o recebimento das amostras de doadores para realização de exames sorológicos e os devidos registros, realização do controle da LCQ qualidade de hemocomponentes produzidos.

Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta rotina operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos hemocomponentes.

Art. 3º. As instituições terão um prazo de 30 dias para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

1.1 - Toda solicitação de hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

1.2 - A solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda a sexta-feira até as 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 3402-1854 ou 3402-1853.

1.3 - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos hemocomponentes.

1.4 - O horário para retirada dos hemocomponentes será das 07 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

1.5 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos hemocomponentes no Hemocentro do HC FAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone desde que obedecidas as Normas de transporte de hemocomponentes;

1.6 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES assinada por médico do serviço de hemoterapia ou diretor clínico do hospital solicitante;

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica com validade, com gelo reciclável (não haverá empréstimo por parte do Hemocentro do HC FAMEMA);

1.8 - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro do HC FAMEMA ou organizar coleta externa em parceria com o Hemocentro.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da solicitação de hemocomponentes (anexo).

2.2 - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1.1 - Solicitação de hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas e será necessário no mínimo 12 horas para disponibilizar o solicitado.

3.1.2 - As urgências são de responsabilidade do serviço hemoterápico solicitante.



3.1.3 - Antes de encaminhar o material do(a) paciente deverá ser feito contato com o Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília através do telefone: 14-3402-1864.

3.1.4 - As amostras do paciente deverão ser encaminhadas em tubos primários, sendo necessário:

- sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo de ensaio (12x75mm) fechado com rolha de borracha,
- sangue colhido sem anticoagulante, em tubo de ensaio fechado com rolha de borracha;
- Os tubos de ensaio devem estar com rótulos com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, e
 - Rubrica da pessoa que coletou a amostra.

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas e o tempo entre a coleta e a chegada ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília não deve ultrapassar 12 horas.
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3402-1864.

3.2 - REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

3.2.1 - O serviço com o qual o Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília mantém contrato de fornecimento de hemocomponentes com provas pré-transfusionais deverá encaminhar a amostra do paciente para a Agência Transfusional do HMI – Hospital Materno Infantil (HC-II) fazendo um contato prévio através do telefone 14-3402-1744 ramal 1500;

3.2.2 - O envio das amostras deverá seguir como descrito no item 3.1.4;

3.2.3 - A requisição de transfusão deverá seguir como descrito no item 2.2.

IV - RECEBIMENTO DE AMOSTRAS DE DOADORES PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS

4.1 - A amostra do doador deverá ser coletada em tubo plástico à vácuo com gel.



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

4.2 - Importante: Centrifugar a 3.000 rpm durante 10 minutos.

4.3 - A amostra do doador deverá ser enviada nos tubos plásticos PRIMÁRIOS com gel para o Laboratório de Sorologia do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília.

4.4 - O envio das amostras para o Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília deverá obedecer aos seguintes critérios:

- Enviar 02 tubos plásticos primários com gel, centrifugados, devidamente identificados pelas etiquetas com código de barras e com o número da origem.

Observação: As etiquetas com código de barras serão fornecidas pelo Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília e a identificação proveniente da origem deverá ser feita preferencialmente com esparadrapo.

- Os tubos deverão chegar fechados com as tampas originais no Laboratório de Sorologia.

- Acondicionar os tubos com as amostras em grades de PVC, em caixa térmica refrigerada com gelo reciclável e hermeticamente fechada, identificada com o local de origem.

4.5 - O Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília receberá as amostras das 7 horas às 15 horas, de segunda a sexta-feira no Laboratório de Sorologia.

4.6 - O recebimento aos sábados, domingos e feriados, será efetuado mediante prévia comunicação pela origem ao laboratório de Sorologia, com antecedência de no mínimo 24 horas para as orientações necessárias.

4.7 - Os resultados serão emitidos conforme o recebimento, sendo que as amostras que forem recebidas conforme o item 4.5 desta portaria terão seus resultados liberados entre 24 e 48 horas, e as recebidas conforme o item 4.6 estarão disponíveis em 72 horas. Cabe ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília redefinir estes critérios conforme avaliação técnica da rotina operacional do Laboratório de Sorologia.

4.8 - O recebimento de amostras em tubos com plasma está condicionado à autorização prévia do Laboratório de Sorologia.

4.9 - Não enviar amostras lipêmicas, hemolisadas e com discrepância de cor, pois as mesmas não serão processadas.

4.10 - As amostras deverão ser mantidas sob congelamento (-20°C) na origem.

Handwritten signature and initials.



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP).
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

V – REGISTROS

5.1 - Todas as bolsas de hemocomponentes deverão ter suas informações devolvidas ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília através das fichas: *Cadastro de pacientes transfundidos e/ou Cadastro de bolsas eliminadas*, conforme instruções contratuais.

5.2 - Todas as amostras enviadas ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília deverão estar acompanhadas das respectivas planilhas de cadastro de doadores com todas as informações preenchidas.

Handwritten signature in blue ink.

ANEXO - III

TABELA DE CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS

DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	VALOR Produção	VALOR PREPARO	VALOR TOTAL (R\$)*
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	222,39	44,18	266,57
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	235,85	44,18	280,03
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	213,50	24,62	238,12
CRIOPRECIPITADO FATOR ANTI-HEMOFÍLICO	209,30	24,62	233,92
PLASMA FRESCO CONGELADO	207,67	24,62	232,30
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	1.769,64	24,62	1.794,26
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS	387,04	44,18	431,22
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS E LAVADAS	400,50	44,18	444,69
PRODUTOS IRRADIADOS	27,68		

- * 01 UNIDADE SUBENTENDE QUE FOI UTILIZADA 01 BOLSA DO PRODUTO.
- Os valores referentes ao preparo (Provas pré-transfusionais) vão depender dos exames que forem necessários para a realização da compatibilidade, as fenotipagens de bolsas e pacientes não estão incluídas nestes valores.
- Se a prova de compatibilidade for realizada pelo Hemocentro, para cada hemocomponente transfundido deverão ser cobrados os valores de produção mais os valores das provas pré-transfusionais.
- O valor de R\$ 27,68 (vinte e sete reais e sessenta e oito centavos) será acrescentado nos valores de tabela quando os PRODUTOS forem IRRADIADOS, conforme necessidade de atendimento hospitalar.

Handwritten signature



FAMAR

FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Osvaldo Cruz	Período: Março à Agosto	Ano: 2021
---	-------------------------	-----------

PRODUTO	MAR/2021	ABR/2021	MAI/2021	JUN/2021	JUL/2021	AGO/2021	MÉDIA
CH:	56	43	53	37	37	38	43,6
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	10	0	0	07	1,6
PFC:	4	4	5	0	4	0	13,6
CRIO:	0	0	0	0	0	0	0

OBS: CASO NÃO TENHA TIDO MOVIMENTO NO PERÍODO SUGERIDO ACIMA, FAVOR INFORMAR O CONSUMO DO PERÍODO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata - Marília (SP).
CEP: 17.519-010 Telefax: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição:	Mês:	Ano:	Página:
--------------	------	------	---------

[illegible]

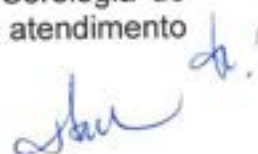
**CONTRATO Nº 003/2022- HEMO
REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ, E A FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS NAS AMOSTRAS DE DOADORES DE SANGUE.

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2 da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656 de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal nº. 10.205 de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936 de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ**, inscrita no CNPJ sob nº **72.547.623/0001-90** com sede na **Rua Manoel Ferreira Damião, n.º426**, na cidade de **Tupã**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Provedor, **Sr. CLAUDINÊS LUCHI ARROYO**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **5.048.879** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **436.978.018-72**, com endereço especial no local acima indicado e, de outro lado, a **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **09.161.265/0001-46**, com sede na **Rua Marrey Junior, 162 - Bairro Fragata**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pela sua Diretora Presidente a **Srª. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **14.610.970-3** inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pela sua Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro **Dra. Doralice Marvulle Tan**, têm entre si justos e contratados o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato a realização pela **CONTRATADA** em benefício da **CONTRATANTE** a realização de sorologia completa nas amostras de doadores de sangue coletadas por esta última e entregues no Laboratório de Sorologia do Hemocentro do HC FAMEMA, ficando garantido, incondicionalmente, o atendimento preferencial aos pacientes do SUS.



Parágrafo Único: Outros serviços poderão ser disponibilizados pela **CONTRATADA**, através de Termo Aditivo Específico, se previamente acordado entre as partes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

As atividades referidas na Cláusula Primeira serão desenvolvidas pela **CONTRATADA** através do **Hemocentro do HC FAMEMA**, com a observância das regras e procedimentos previstos na legislação vigente, bem como a Norma Operacional, constante do Anexo II que fica fazendo parte integrante do presente contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I - São obrigações da **CONTRATADA**:

- 1- Receber as amostras devidamente identificadas, conferir e encaminhar para a realização dos exames;
- 2- Realizar os testes sorológicos com a observância das regras e procedimentos previstos na legislação vigente durante período de validade do contrato, que normatizam a atividade hemoterápica, bem como a Norma Operacional constante do Anexo II que fica fazendo parte do presente contrato;
- 3- Emitir os resultados dentro do prazo a partir do recebimento das amostras, conforme ANEXO II, deste contrato;
- 4- Liberar os resultados dos exames realizados por E-MAIL ou FAX, e os laudos serão retirados pela **CONTRATANTE** na secretaria do Laboratório de Sorologia do Hemocentro do HC FAMEMA;
- 5- Ressarcimento somente dos prejuízos a que comprovadamente der causa, cabendo o ônus da prova à **CONTRATANTE**.

II - São obrigações da **CONTRATANTE**:

- 1- Manter no Hemocentro do HC FAMEMA cadastro como: Serviço Hemoterápico, com dados do responsável técnico, conforme ANEXO I, deste contrato, o qual deverá ser atualizado anualmente, ou sempre que necessário;
- 2- Apresentar, no ato da assinatura deste contrato, Alvará de Funcionamento do Serviço Hemoterápico expedido pela Divisão Técnica da Vigilância Sanitária e suas posteriores renovações;
- 3- Manter área física necessária ao funcionamento do serviço de hemoterapia e quadro de pessoal sob a responsabilidade de profissional médico;
- 4- Solicitar a realização de testes sorológicos em amostras de doadores de sangue, segundo normas da **CONTRATADA**, estabelecidas pelo

Laboratório de Sorologia do Hemocentro do HC FAMEMA, conforme descritos no ANEXO II, deste contrato;

- 5- Responder integralmente pelo transporte, conservação do sangue e seus componentes, bem como responsabilizar-se pela realização das provas pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;
- 6- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos relativos aos exames sorológicos realizados em amostras de bolsas de sangue **transfundidos em pacientes NÃO SUS**, conforme tabela do ANEXO III, deste contrato;
- 7- Encaminhar ao **Hemocentro do HC FAMEMA**, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo: número da bolsa transfundida, nome do paciente, nome do convênio, componentes utilizados, o tipo de atendimento, conforme ANEXO V, deste contrato; estas informações serão utilizadas para justificar o não ressarcimento da sorologia realizada em componentes que forem transfundidos a pacientes SUS;
- 8- Não fornecer, em nenhuma hipótese, amostras de doadores de sangue para realização de exames sorológicos a outros estabelecimentos de saúde, ainda que conveniados ou contratados com a **CONTRATADA**, sob pena de ensejar a imediata rescisão contratual;
- 9- Conceder caução em favor da **CONTRATADA**, como condição de eficácia, na hipótese de concessão de liminar ou tutela de urgência em Ação Judicial, nos termos do art. 190 do Código de Processo Civil.

III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

- 1- Recomenda-se que o serviço utilize de método para limitar, detectar ou inativar contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

Os valores mencionados neste contrato são exclusivamente para ressarcimento dos custos dos exames sorológicos realizados em amostras de bolsas de sangue pela **CONTRATADA** e transfundidos pela **CONTRATANTE** em pacientes **NÃO SUS**.

§1º - A **CONTRATADA** realizará a cobrança dos serviços prestados de acordo com a tabela do ANEXO III, deste contrato.

§2º - Aos pacientes do SUS a **CONTRATANTE** não poderá, em nenhuma hipótese, repassar os custos dos exames sorológicos realizados pela **CONTRATADA**, sendo-

Ihe facultado realizar o faturamento via SUS inerente aos módulos: triagem clínica, coleta de sangue, processamento, exames imunohematológicos de doadores, pré-transfusionais I e II, e transfusionais, em conformidade com a respectiva tabela SUS.

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, mediante apresentação da fatura calculada pela tabela descrita no §1º, da Cláusula Quarta, emitida mensalmente, no mês subsequente ao da prestação dos serviços.

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes **NÃO SUS** será feito pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante Boleto Bancário, no dia 10 de cada mês, subsequente à emissão da respectiva fatura elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

§2º - O comprovante de pagamento deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere para o e-mail: financeiro@famar.gov.br e faturamento_famar@famema.br.

§3º - Para pagamento efetuado após o vencimento, haverá multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês, como ainda correção monetária pelo IPCA ou índice que o venha a substituir, e juros de mora de 2% ao mês, aplicados pro rata die.

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

Os preços dos serviços oferecidos pela **CONTRATADA** (ANEXO III) poderão ser reajustados com a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com o Índice Oficial do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do mês de janeiro (acumulado dos últimos 12 meses) do ano vigente, independente do mês de contratação, ou outro que venha a substituí-lo, mediante negociação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Iniciado o processo de negociação para reajuste, eventual negativa de resposta quanto à proposta formulada pela **CONTRATADA**, dentro do prazo de 15 dias, resultará em aceitação tácita.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

O presente Contrato tem vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, se não houver manifestação contrária por qualquer uma das partes, este contrato será prorrogável automaticamente e sucessivamente por iguais períodos, não ultrapassando a 60(sessenta) meses, independente de Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA

Este contrato poderá ser denunciado durante o prazo de sua vigência, por mútuo

consentimento, ou por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo da conclusão das atividades eventualmente em andamento, e do respectivo pagamento, bem como do pagamento de eventual saldo pendente ou em atraso.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

Este contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou, unilateralmente, por qualquer delas, desde que aquela que assim o desejar comunique à outra por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das atividades em andamento.

§1º - O não cumprimento das obrigações por uma das partes implicará na imediata suspensão dos serviços pela **CONTRATADA** independentemente de qualquer notificação ou interpelação, podendo ainda, a critério desta última, implicar em rescisão deste contrato, sendo, neste caso, necessário uma notificação.

§2º - Com a suspensão e/ou rescisão do presente contrato, deverá a **CONTRATANTE** proceder ao pagamento imediato dos valores devidos a **CONTRATADA** apurados até aquela data, observado o §3º da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

O presente contrato somente será alterado por acordo entre as partes, formalizado através de Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

Não se constitui, em decorrência deste contrato, qualquer vínculo empregatício, tampouco qualquer tipo de associação, consórcio ou responsabilidade solidária entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**. Cada parte será responsável pelo cumprimento das leis a ela cabíveis, inclusive pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais de seus empregados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

As quantidades mencionadas no ANEXO IV, que faz parte integrante deste contrato, correspondem à média de amostras enviadas pela **CONTRATANTE** para a **CONTRATADA** para a realização de exames sorológicos, referentes aos 06 (seis) meses antecedentes à assinatura deste contrato, e servem de base para a quantidade máxima de amostras a serem recebidas pela **CONTRATADA**, admitindo-se tolerância do envio de amostras de, até, 20% (vinte por cento), além da quantidade média, a fim de assegurar o equilíbrio de funcionamento do serviço, tendo em vista a demanda variável da **CONTRATADA**.

§1º - A alteração das quantidades descritas no ANEXO IV, deste Contrato, será realizada mediante prévio acordo escrito entre as partes.

§2º - Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior de que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, a **CONTRATADA** não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ela tão somente acionar o sistema emergencial para dar suporte de atendimento a essas situações.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes, fica eleito o foro da comarca de Marília, Estado de São Paulo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.

Marília, 01 de Julho, de 2022.

Sr. CLAUDINÊS LUCHI ARROYO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ

Sra. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
E AO HOSPITAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Dr. Gêmur Colmanetti Jr.
Diretor Técnico

Dra Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro

Testemunhas:

1. Laercio Aparecido Garcia
RG n.º 18.910.845
CPF n.º 128.151.828-07

2. Maria do Carmo dos Santos
RG n.º 16.542.503-9
CPF n.º 088.957.498-71

ANEXO – I

CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE TUPÃ				
Tipo: (x) 01- Privado () 02- Público					
CNPJ:	72.547.623/0001-90				
Reg. ANS:	306045	Insc. Estadual:	ISENTA	Insc. Municipal:	ISENTA
Endereço:	Rua Manoel Ferreira Damião , nº 426				
Bairro:	Vila Abarca	Município/UF	Tupã/SP	CEP:	17.504-072
Telefone:	(14) 3404-5555		Fax:	()	
Email	Bancodesangue@santacasatupa.org.br				
Diretor Técnico pela Agência Transfuncional:	Dr. Gêmur Colmanetti Jr				
CRM:	45.415				
Provedor/Responsável Legal:	Sr. Claudinês Luchi Arroyo				
RG:	5.048.879	CPF:	436.978.018-72	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Débora Fernanda Silva Guastalle – Bióloga – 6 h/15h					
Kaline Chiozzini Posrto Nistarda – Bióloga – 7h/17h					
Rebeca Cassandra Francisco Sergio – Enfermeira – 7:30/13:30					
Luzia Andreani – Auxiliar Banco de Sangue – 6:30/12:30					
Beatriz Pereira de Oliveira – Auxiliar de Enfermagem – 6h/12h					
Elaine Silvia Dias Ferreira – Auxiliar de Enfermagem – 14h/20h					
Melissa Sienna Rocha - Auxiliar Banco de Sangue – 8h/14h					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Sr. Laércio Aparecido Garcia				
RG:	18.910.845	CPF:	128.151.828-07		

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

Considerando a legislação vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, a Diretora Técnica de Saúde III D. A. S. Hemoterapia HC FAMEMA do Hemocentro do HC FAMEMA, Dra. Doralice Marvulle Tan, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, resolve: adotar a seguinte rotina operacional e determina a sua divulgação:

Art. 1º. Regularizar a rotina operacional para solicitação de hemocomponentes, solicitação de exames imunohematológicos complementares a pacientes, realização das provas pré-transfusionais para os hospitais conveniados, o recebimento das amostras de doadores para realização de exames sorológicos e os devidos registros.

Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta rotina operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos hemocomponentes.

Art. 3º. As instituições terão um prazo de 30 dias para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

1.1 - Toda solicitação de hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

1.2 - A solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda a sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3402-1854 ou 3402-1853.

1.3 - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos hemocomponentes.

1.4 - O horário para retirada dos hemocomponentes será das 07 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

1.5 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos hemocomponentes no Hemocentro do HC FAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;

1.6 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES (anexo) assinada por médico do serviço de hemoterapia ou diretor clínico do hospital solicitante;

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável (não haverá empréstimo por parte do Hemocentro do HC FAMEMA);

1.8 - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro do HC FAMEMA ou organizar coleta externa em parceria com o Hemocentro.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da solicitação de hemocomponentes (anexo).

2.2 - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1.1 - Solicitação de hemocomponente (s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, **SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO** entre 7 e 17 horas e será necessário no mínimo 12 horas para disponibilizar o solicitado.

3.1.2 - As urgências são de responsabilidade do serviço hemoterápico solicitante.

3.1.3 - Antes de encaminhar o material do(a) paciente deverá ser feito contato com o Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro do HC FAMEMA através do telefone: 14-3434 3831.

3.1.4 - As amostras do paciente deverão ser encaminhadas em tubos primários, sendo necessário:

- sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo de ensaio (12x75mm) fechado com rolha de borracha,
- sangue colhido sem anticoagulante, em tubo de ensaio fechado com rolha de borracha;
- Os tubos de ensaio devem estar com rótulos com os seguintes dados legíveis:

- Nome completo do(a) paciente;
- Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
- Data de coleta das amostras, e
- Identificação do Coletor da Amostra.



Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas e o tempo entre a coleta e a chegada até o Hemocentro do HC FAMEMA não deve ultrapassar 12 horas.
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434 3831.

3.2 - REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

3.2.1 - O serviço com o qual o Hemocentro do HC FAMEMA mantém contrato de fornecimento de hemocomponentes com provas pré-transfusionais deverá encaminhar a amostra do paciente para a Agência Transfusional do HMI – Hospital Materno Infantil (HC-II) fazendo um contato prévio através do telefone 14-3402-1744 ramal 1500;

3.2.2 - O envio das amostras deverá seguir como descrito no item 3.1.4;

3.2.3 - A requisição de transfusão deverá seguir como descrito no item 2.2.

IV - RECEBIMENTO DE AMOSTRAS DE DOADORES PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS

4.1 - A amostra do doador deverá ser coletada em tubo plástico à vácuo com gel.

4.2 - Importante: Centrifugar a 3.000 rpm durante 10 minutos.

4.3 - A amostra do doador deverá ser enviada nos tubos plásticos PRIMÁRIOS com gel para o Laboratório de Sorologia do Hemocentro do HC FAMEMA.

4.4 - O envio das amostras para o Hemocentro do HC FAMEMA deverá obedecer aos seguintes critérios:

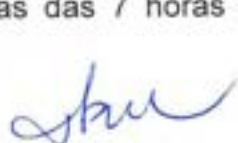
- Enviar 02 tubos plásticos primários com gel, centrifugados, devidamente identificados pelas etiquetas com código de barras e com o número da origem.

Observação: As etiquetas com código de barras serão fornecidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA e a identificação proveniente da origem deverá ser feita preferencialmente com esparadrapo.

- Os tubos deverão chegar fechados com as tampas originais no Laboratório de Sorologia.

- Acondicionar os tubos com as amostras em grades de PVC, em caixa térmica refrigerada com gelo reciclável e hermeticamente fechada, identificada com o local de origem.

4.5 - O Hemocentro do HC FAMEMA receberá as amostras das 7 horas às 15 horas, de segunda a sexta-feira no Laboratório de Sorologia.



4.6 - O recebimento aos sábados, domingos e feriados, será efetuado mediante prévia comunicação pela origem ao laboratório de Sorologia, com antecedência de no mínimo 24 horas para as orientações necessárias.

4.7 - Os resultados serão emitidos conforme o recebimento, sendo que as amostras que forem recebidas conforme o item 4.5 desta portaria terão seus resultados liberados entre 24 e 48 horas, e as recebidas conforme o item 4.6 estarão disponíveis em 72 horas. Caberá ao Hemocentro do HC FAMEMA redefinir estes critérios conforme avaliação técnica da rotina operacional do Laboratório de Sorologia.

4.8 - O recebimento de amostras em tubos com plasma está condicionado à autorização prévia do Laboratório de Sorologia.

4.9 - Não enviar amostras lipêmicas, hemolisadas e com discrepância de cor, pois as mesmas não serão processadas.

4.10 - As amostras deverão ser mantidas sob refrigeração (2º a 8ºC) na origem.

V – REGISTROS

5.1 - Todas as bolsas de hemocomponentes deverão ter suas informações devolvidas ao Hemocentro do HC FAMEMA através das fichas: *Cadastro de pacientes transfundidos e/ou Cadastro de bolsas eliminadas*, conforme instruções contratuais.

5.2 – Todas as amostras enviadas ao Hemocentro do HC FAMEMA deverão estar acompanhadas das respectivas planilhas de cadastro de doadores com todas as informações preenchidas.

Atenciosamente,

Dra. Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro

Anexo III

**** TABELA DE CUSTOS – EXAMES SOROLOGICOS** (01/2017)

TUSS	DENOMINAÇÃO	VALOR C/ REDUTOR (R\$)
4.04.03.42-4	ANTI HTLVI + HTLVII	39,66
4.04.03.44-0	CHAGAS EIE	21,15
4.04.03.46-7	ANTI HBc	20,69
4.04.03.48-3	ANTI HCV	40,35
4.04.03.50-5	HIV I E II – EIE 1.º TESTE	37,77
4.04.03.50-5	HIV I E II – EIE 2.º TESTE	37,77
4.04.03.60-2	SÍFILIS – VDRL	7,58
4.04.03.66-1	HBSAg EIE	19,54
TOTAL		<u>224,51</u>

OBSERVAÇÕES:

- 1.) São realizados os testes do NAT para Hepatite C e B e para o HIV. Testes estes feitos conforme orientações do Ministério da Saúde e se ocorrer determinação legal para o ressarcimento estes valores serão ajustados.
- 2.) Convênios (Pacote) - UNIMED, GEAP, FUND. CESP, ECONOMUS, SABESPREV E SEGURO DEPVAT será cobrado o valor de **R\$ 126,07** (cento e vinte e seis reais e sete centavos).
- 3.) PARTICULAR (Pacote) será cobrado o valor de **R\$ 185,01** (cento e oitenta e cinco reais e um centavo)
- 4.) IAMSPE (Pacote) será cobrado o valor de **R\$ 75,00** (setenta e cinco reais).





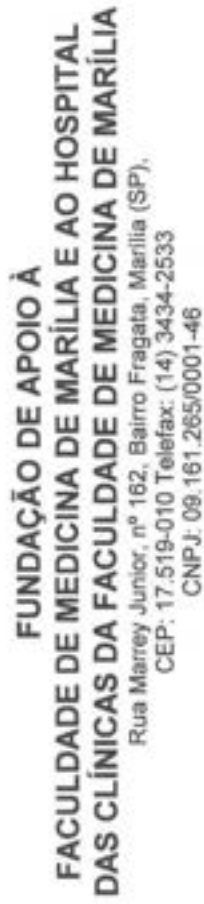

ANEXO IV

MÉDIA DE CONSUMO DE SOROLOGIA

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Tupã	Período: Nov/2021 A Abr/2022	Ano: 2021/2022
---	------------------------------	----------------

QUANTIDADE DE AMOSTRAS ENCAMINHADAS P/ SOROLOGIAS	NOV/2021	DEZ/2021	JAN/2022	FEV/2022	MAR/2022	ABR/2022	MÉDIA
	151	238	118	146	197	187	172,8

Obs: Últimos 6 meses



RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

[illegible]

1414

**FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tele: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

**CONTRATO Nº 004/2022 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE TUPÃ E A FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, COM A
INTERVENIÊNCIA DO HEMOCENTRO DO HC FAMEMA.

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2, da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656, de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal 10.205, de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936, de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ**, inscrita no CNPJ sob nº. **72.547.623/0001-90**, com sede na **Rua Manoel Ferreira Damião, nº 426**, na cidade de **Tupã**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Sr. CLAUDINÊS LUCHI ARROYO**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **5.048.879** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **436.978.018-72**, com endereço especial no local acima indicado e, de outro lado, a **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **09.161.265/0001-46**, com sede na **Rua Marrey Junior, nº 162 - Bairro Fragata**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pela sua Diretora Presidente a **Sra. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **14.610.970-3** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pelo seu Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.Hemoterapia HCFAMEMA do Hemocentro **Dra. Doralice Marville Tan**, têm entre si justo e contratado o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

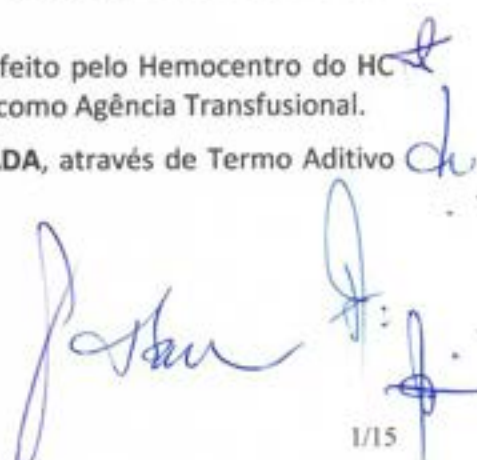
CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato o fornecimento de hemocomponentes pela **CONTRATADA** em face da **CONTRATANTE**, ficando garantido, incondicionalmente, o atendimento preferencial aos pacientes do SUS.

§1º - O fornecimento a que se refere o *caput* desta cláusula será feito pelo Hemocentro do HC FAMEMA, para a **CONTRATANTE**, que deverá manter-se cadastrada como Agência Transfusional.

§2º - Outros serviços poderão ser disponibilizados pela **CONTRATADA**, através de Termo Aditivo Específico, se previamente acordado entre as partes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO



As atividades referidas na Cláusula Primeira serão desenvolvidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, com a observância das regras e procedimentos previstos na legislação vigente, bem como a Norma Operacional, constante do Anexo II que fica fazendo parte do presente contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I – São obrigações da **CONTRATADA**:

- 1- Captar e selecionar doadores;
- 2- Coletar, processar, analisar e fornecer hemocomponentes de acordo com a disponibilidade de estoque, com testes sorológicos negativos, identificação de grupos sanguíneos e pesquisa de anticorpos irregulares, mediante documento próprio do Hemocentro do HC FAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Proceder à modificação dos hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes (irradiação, e outras da espécie);
- 4- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ocorrer requisição modificada ou adequada, de acordo com a necessidade.
- 5- Ressarcimento somente dos prejuízos a que comprovadamente der causa, cabendo o ônus da prova à **CONTRATANTE**.

II – São obrigações da **CONTRATANTE**:

- 1- Cumprir a Legislação Vigente do Ministério da Saúde;
- 2- Manter no Hemocentro do HC FAMEMA cadastro como: Agência Transfusional, com dados do responsável técnico, conforme ANEXO I, deste contrato, o qual deverá ser atualizado anualmente, ou sempre que necessário;
- 3- Apresentar, no ato da assinatura deste contrato, Alvará de Funcionamento da Agência Transfusional expedido pela Divisão Técnica da Vigilância Sanitária e suas posteriores renovações;
- 4- Manter área física necessária ao funcionamento do serviço de hemoterapia e quadro de pessoal sob a responsabilidade de profissional médico;
- 5- Solicitar os hemocomponentes segundo normas da **CONTRATADA**, estabelecidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, conforme ANEXO II, deste contrato;
- 6- Responder integralmente pelo transporte e conservação do sangue e seus componentes, bem como responsabilizar-se pela realização das provas pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;
- 7- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos (Captação de Doadores, Triagem e Coleta, Processamento, Sorologia e Exames Imunohematológicos de Doadores, entre

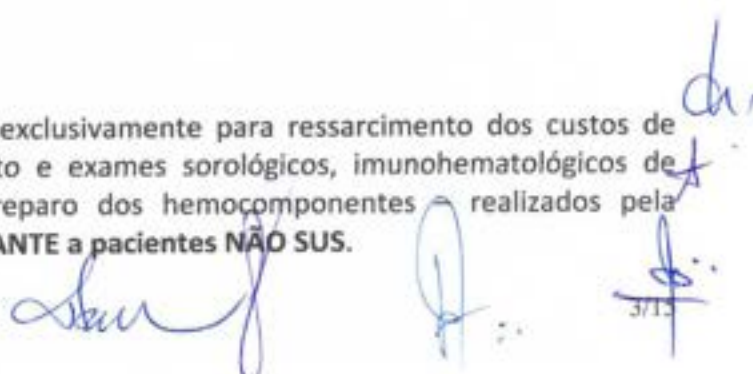
- outros) relativos aos hemocomponentes produzidos e fornecidos, **que forem transfundidos em pacientes NÃO SUS;**
- 8- Responsabilizar-se pelo descarte dos cascos das bolsas utilizadas em transfusão e das amostras, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio ou da instituição a que estiver agregado. O PGRSS deve contemplar os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados, bem como as ações de proteção de saúde pública e meio ambiente.
 - 9- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores, a fim de atender a demanda de sangue do Serviço;
 - 10- Permitir à **CONTRATADA** a realização de auditorias por si ou por terceiros, para fins de verificação quanto à correta execução do presente contrato.
 - 11- Devolver as bolsas de hemocomponentes não utilizadas ao Hemocentro do HC FAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas e deverá vir em um Relatório anexo com o número das Bolsas que não foram utilizadas, deverá vir em um Relatório anexo com o número das bolsas que não foram utilizadas;
 - 12- Encaminhar ao Hemocentro HC FAMEMA, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo informações referentes aos componentes que estavam no estoque no mês anterior (ANEXO V), no qual deverá conter: nome do paciente; nome do convenio, o hemocomponente e seu número de identificação da bolsa e a data da transfusão;
 - 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HC FAMEMA:
 - a- a ficha de Cadastro de pacientes transfundidos, com os dados preenchidos;
 - b- a ficha de relação de bolsas eliminadas, com os dados das bolsas preenchidas.
 - 14- Não fornecer, em nenhuma hipótese, hemocomponentes a outros estabelecimentos de saúde, ainda que conveniados ou contratados com a **CONTRATADA**, **não utilizar em suas dependências produtos hemoterápicos oriundos de outros Serviços ou Hospitais**, salvo se **houver falta do componente e, com anuência expressa do HEMOCENTRO**, sob pena de ensejar a imediata rescisão contratual;
 - 15- Cumprir e fazer cumprir a Legislação Vigente do Ministério da Saúde.

III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

- 1- Recomenda-se que o serviço utilize de método para limitar, detectar ou inativar contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

Os valores mencionados neste contrato são exclusivamente para ressarcimento dos custos de captação de doadores, coleta, processamento e exames sorológicos, imunohematológicos de doadores e pacientes realizados para o preparo dos hemocomponentes realizados pela **CONTRATADA** e transfundidos pela **CONTRATANTE** a **pacientes NÃO SUS**.



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with dates like '3/13'.

§1º - A **CONTRATADA** realizará a cobrança dos serviços prestados de acordo com a tabela do ANEXO III, deste Contrato.

§2º - Aos pacientes SUS, a **CONTRATANTE** não poderá, em nenhuma hipótese, repassar os custos de captação de doadores, coleta, processamento e exames sorológicos e imunohematológicos realizados para o preparo dos hemocomponentes realizados pela **CONTRATADA**, sendo-lhe facultado realizar o faturamento via SUS inerente aos módulos: pré-transfusionais I e II, e transfusionais, em conformidade com a respectiva tabela SUS.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, mediante apresentação da fatura calculada pela tabela descrita no §1º, da Cláusula Quarta, emitida mensalmente, no mês subsequente ao da prestação dos serviços.

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes NÃO SUS, será feito pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante Boleto Bancário, no dia 10 de cada mês, subsequente à emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

§2º - O comprovante de depósito deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro@famar.gov.br e faturamento_famar@famema.br.

§3º - Para pagamento efetuado após o vencimento, haverá multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês, como ainda correção monetária pelo IPCA ou índice que o venha a substituir, e juros de mora de 2% ao mês, aplicados pro rata die.

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

Os preços dos serviços oferecidos pela **CONTRATADA** (ANEXO III), poderão ser reajustados com a periodicidade mínima de 12 (doze) meses, de acordo com o Índice Oficial do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do mês de janeiro (acumulado dos últimos 12 meses) do ano vigente, independente do mês de contratação, ou outro que venha a substituí-lo, mediante negociação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Iniciado o processo de negociação para reajuste, eventual negativa de resposta quanto à proposta formulada pela **CONTRATADA**, dentro do prazo de 15 dias, resultará em aceitação tácita.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

O presente Contrato tem vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, se não houver manifestação contrária por qualquer uma das partes, este contrato será prorrogável automaticamente e sucessivamente por iguais períodos, não ultrapassando a 60 (sessenta) meses, independente de Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA OITAVA - DA DENÚNCIA



Este contrato poderá ser denunciado durante o prazo de sua vigência, por mútuo consentimento, ou por qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo da conclusão das atividades eventualmente em andamento, e do respectivo pagamento, bem como do pagamento de eventual saldo pendente ou em atraso.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

Este contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou, unilateralmente, por qualquer delas, desde que aquela que assim o desejar comunique à outra por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das atividades em andamento.

§1º - O não cumprimento das obrigações por uma das partes, implicará na imediata suspensão dos serviços pela **CONTRATANTE** independente de qualquer notificação ou interpelação, podendo ainda, a critério desta última, implicar em rescisão deste contrato, sendo, neste caso, necessário uma notificação.

§2º - Com a suspensão e/ou rescisão do presente contrato, deverá a **CONTRATANTE** proceder ao pagamento imediato dos valores devidos a **CONTRATADA** apurados até aquela data, observado o §3º da Cláusula Quinta.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

O presente contrato somente será alterado por acordo entre as partes, formalizado através de Termo Aditivo Específico.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

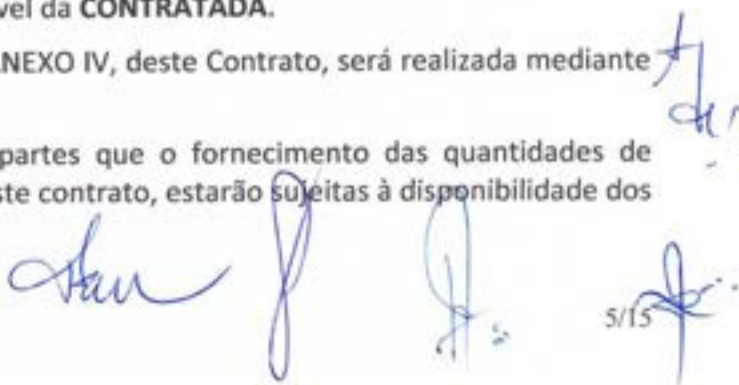
Não se constitui, em decorrência deste contrato, qualquer vínculo empregatício, tampouco qualquer tipo de associação, consórcio ou responsabilidade solidária entre a **CONTRATADA** e a **CONTRATANTE**. Cada parte será responsável pelo cumprimento das leis a ela cabíveis, inclusive pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais de seus empregados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

As quantidades mencionadas no ANEXO IV, que faz parte integrante deste contrato, correspondem à média de consumo da **CONTRATANTE** referentes aos 06 (seis) meses antecedentes à assinatura deste contrato e servem de base para a quantidade máxima a ser disponibilizada pela **CONTRATADA**, admitindo-se tolerância de fornecimento de, até, 20% (vinte por cento), além da quantidade média de consumo, a fim de assegurar o equilíbrio de funcionamento, tendo em vista a demanda variável da **CONTRATADA**.

§1º - A alteração das quantidades descritas no ANEXO IV, deste Contrato, será realizada mediante prévio acordo escrito entre as partes.

§2º - Fica expressamente acordado entre as partes que o fornecimento das quantidades de hemocomponentes constantes do ANEXO IV, deste contrato, estarão sujeitas à disponibilidade dos produtos em estoque.



5/15

§3º - Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior de que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, a **CONTRATADA** não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ela tão somente acionar o sistema de coleta emergencial a fim de dar suporte de atendimento a essas situações.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes, fica eleito o foro da comarca de Marília, Estado de São Paulo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.

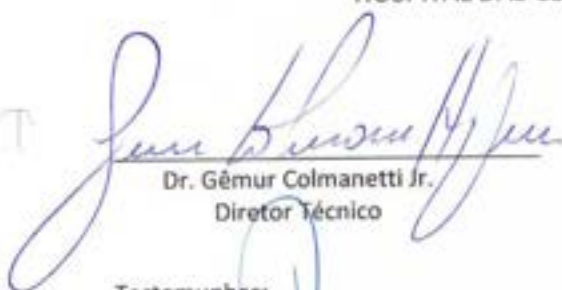
Marília, 01 de julho de 2022.



SR. CLAUDINÉS LUCHI ARROYO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ



SRª ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

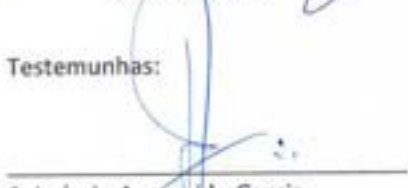


Dr. Gêmur Colmanetti Jr.
Diretor Técnico



Dra Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia
HC FAMEMA Hemocentro

Testemunhas:



1. Laércio Aparecido Garcia
RG n.º 18.910.845
CPF n.º 128.151.828-07



2. Maria do Carmo dos Santos
RG n.º 16.503.542-9
CPF n.º 088.957.498-71

ANEXO - I CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TUPÃ
---------------	------------------------------------

Nome Fantasia:	SANTA CASA DE TUPÃ				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	72.547.623/0001-90				
Reg. ANS:	306045	Insc. Estadual:	ISENTA	Insc. Municipal:	ISENTA
Endereço:	Rua Manoel Ferreira Damião, 426				
Bairro:	Vila Abarca	Município/UF	Tupã/SP	CEP:	17.504-072
Telefone:	(14) 3404-5555 (14) 3495-1130		Email	bancodesangue@santacasatupa.org.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	Dr. Gêmur Colmanetti Jr.			CRM	45.415
Presidente/Responsável Legal:	PROVEDOR Sr. Claudinês Luchi Arroyo				
RG:	5.048.879	CPF:	436.978.018-72	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Débora Fernanda Silva Guastalle – Bióloga – 6h/15h					
Kaline Chiozzini Posrto Nistarda – Bióloga – 7h/17h					
Rebeca Cassandra Francisco Sergio – Enfermeira – 7:30/13:30					
Luzia Andreani – Auxiliar Banco de Sangue – 6:30/12:30					
Beatriz Pereira de Oliveira – Auxiliar de Enfermagem – 6h/12h					
Elaine Silvia Dias Ferreira – Auxiliar de Enfermagem – 14h/20h					
Melissa Sienna Rocha – Auxiliar Banco de Sangue – 8h/14h					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Sr. Laercio Aparecido Garcia				
RG:	18.910.845	CPF:	128.151.828-07		

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL



Considerando a legislação vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, o diretor técnico do Hemocentro do HC FAMEMA, Dra. Doralice Marvulle Tan, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, resolve: adotar a seguinte rotina operacional e determina a sua divulgação:

Art. 1º. Regularizar a rotina operacional para solicitação de hemocomponentes, solicitação de exames imunohematológicos complementares a pacientes, realização das provas pré-transfusionais para os hospitais conveniados, o recebimento das amostras de doadores para realização de exames sorológicos e os devidos registros.

Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta rotina operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos hemocomponentes.

Art. 3º. As instituições terão um prazo de 30 dias para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

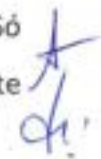
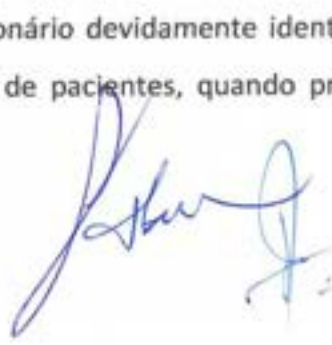
1.1 - Toda solicitação de hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

1.2 - A solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda a sexta-feira até as 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3402-1854 ou 3402-1853.

1.3 - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos hemocomponentes.

1.4 - O horário para retirada dos hemocomponentes será das 07 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira.

1.5 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos hemocomponentes no Hemocentro do HC FAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;



8/15



- 1.6 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES assinada por médico do serviço de hemoterapia ou diretor clínico do hospital solicitante;
- 1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável (não haverá empréstimo por parte do Hemocentro do HC FAMEMA);
- 1.8 - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro do HC FAMEMA ou organizar coleta externa em parceria com o Hemocentro.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

- 2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da solicitação de hemocomponentes.
- 2.2 - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1.1 - Solicitação de hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas e será necessário no mínimo 12 horas para disponibilizar o solicitado.

3.1.2 - As urgências são de responsabilidade do serviço hemoterápico solicitante.

3.1.3 - Antes de encaminhar o material do(a) paciente deverá ser feito contato com o Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro do HC FAMEMA através do telefone: 14-3402-1864.

3.1.4 - As amostras do paciente deverão ser encaminhadas em tubos primários, sendo necessário:

- sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo de ensaio (12x75mm) fechado com rolha de borracha,
- sangue colhido sem anticoagulante, em tubo de ensaio fechado com rolha de borracha;

- Os tubos de ensaio devem estar com rótulos com os seguintes dados legíveis:

- Nome completo do(a) paciente;
- Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
- Data de coleta das amostras, e
- Rubrica da pessoa que coletou a amostra.

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas e o tempo entre a coleta e a chegada até o Hemocentro do HC FAMEMA não deve ultrapassar 12 horas.
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3402-1864.

3.2 - REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

3.2.1 - O serviço com o qual o Hemocentro do HC FAMEMA mantém contrato de fornecimento de hemocomponentes com provas pré-transfusionais deverá encaminhar a amostra do paciente para a Agência Transfusional do HMI – Hospital Materno Infantil (HC-II) fazendo um contato prévio através do telefone 14-3402-1744 ramal 1500;

3.2.2 - O envio das amostras deverá seguir como descrito no item 3.1.4;

3.2.3 - A requisição de transfusão deverá seguir como descrito no item 2.2.

IV - RECEBIMENTO DE AMOSTRAS DE DOADORES PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS

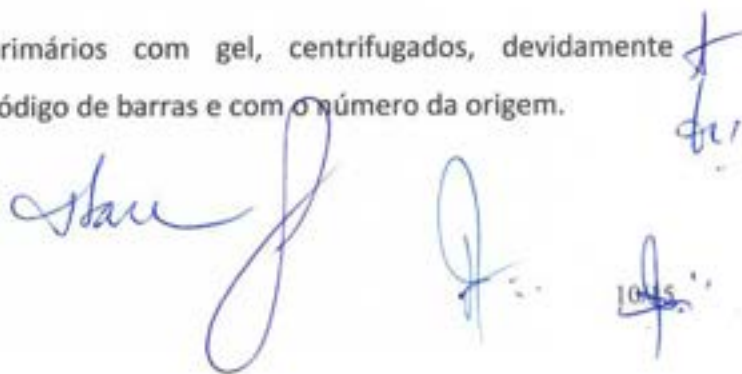
4.1 - A amostra do doador deverá ser coletada em tubo plástico à vácuo com gel.

4.2 - Importante: Centrifugar a 3.000 rpm durante 10 minutos.

4.3 - A amostra do doador deverá ser enviada nos tubos plásticos PRIMÁRIOS com gel para o Laboratório de Sorologia do Hemocentro do HC FAMEMA.

4.4 - O envio das amostras para o Hemocentro do HC FAMEMA deverá obedecer aos seguintes critérios:

- Enviar 02 tubos plásticos primários com gel, centrifugados, devidamente identificados pelas etiquetas com código de barras e com o número da origem.



Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a large signature and a circular stamp.

Observação: As etiquetas com código de barras serão fornecidas pelo Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília e a identificação proveniente da origem deverá ser feita preferencialmente com esparadrapo.

- Os tubos deverão chegar fechados com as tampas originais no Laboratório de Sorologia.
- Acondicionar os tubos com as amostras em grades de PVC, em caixa térmica refrigerada com gelo reciclável e hermeticamente fechada, identificada com o local de origem.

4.5 - O Hemocentro do HC FAMEMA receberá as amostras das 7 horas às 15 horas, de segunda a sexta-feira no Laboratório de Sorologia.

4.6 - O recebimento aos sábados, domingos e feriados, será efetuado mediante prévia comunicação pela origem ao laboratório de Sorologia, com antecedência de no mínimo 24 horas para as orientações necessárias.

4.7 - Os resultados serão emitidos conforme o recebimento, sendo que as amostras que forem recebidas conforme o item 4.5 desta portaria terão seus resultados liberados entre 24 e 48 horas, e as recebidas conforme o item 4.6 estarão disponíveis em 72 horas. Caberá ao Hemocentro do HC FAMEMA redefinir estes critérios conforme avaliação técnica da rotina operacional do Laboratório de Sorologia.

4.8 - O recebimento de amostras em tubos com plasma está condicionado à autorização prévia do Laboratório de Sorologia.

4.9 - Não enviar amostras lipêmicas, hemolisadas e com discrepância de cor, pois as mesmas não serão processadas.

4.10 - As amostras deverão ser mantidas sob congelamento (-20°C) na origem.

V – REGISTROS

5.1 - Todas as bolsas de hemocomponentes deverão ter suas informações devolvidas ao Hemocentro do HC FAMEMA através das fichas: *Cadastro de pacientes transfundidos e/ou*
Cadastro de bolsas eliminadas, conforme instruções contratuais.



11/15

5.2 – Todas as amostras enviadas ao Hemocentro do HC FAMEMA deverão estar acompanhadas das respectivas planilhas de cadastro de doadores com todas as informações preenchidas.

Atenciosamente,



Dra. Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro

ANEXO - III

**** TABELA DE CUSTOS – HEMOCOMPONENTES (01/2017)**

DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	VALOR Produção	VALOR PREPARO	VALOR TOTAL (R\$)*
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	236,76	46,16	282,92
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	251,41	46,16	297,57
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	212,29	25,72	238,01
CRIOPRECIPITADO FATOR ANTI-HEMOFÍLICO	207,23	25,72	232,92
PLASMA FRESCO CONGELADO	205,28	25,72	231,00
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	1115,30	25,72	1141,02
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS	437,70	46,16	483,86
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS E LAVADAS	453,91	46,16	500,07
PRODUTOS IRRADIADOS – acrescentar valor final	40,47		

- * 01 UNIDADE SUBENTENDE QUE FOI UTILIZADA 01 BOLSA DO PRODUTO.
- Os valores referentes ao preparo (Provas pré-transfusionais) vão depender dos exames que forem necessários para a realização da compatibilidade, as fenotipagens de bolsas e pacientes não estão incluídas nestes valores.
- Se a prova de compatibilidade for realizada pelo Hemocentro, para cada hemocomponente transfundido deverão ser cobrados os valores de produção mais os valores das provas pré-transfusionais.
- O valor de R\$ 40,47 (quarenta reais e quarenta e sete centavos) será acrescentado nos valores de tabela quando os PRODUTOS forem IRRADIADOS, conforme necessidade de atendimento hospitalar.

**FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**
Rua Marrey Junior nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3402-1833
CNPJ: 09.161.265/0001-46

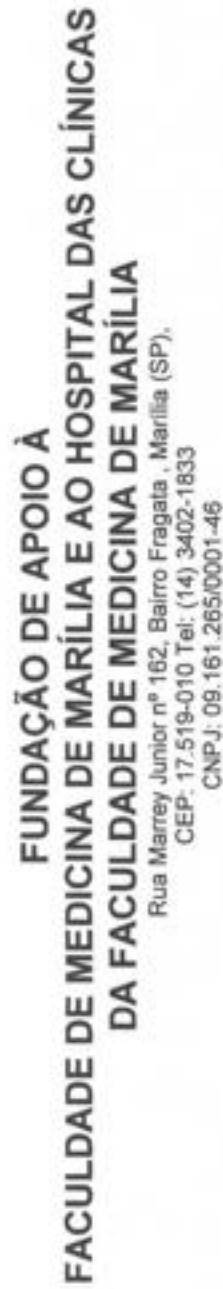
ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Tupã	Período: Novembro/2021 A Abril/2022	Ano: 2021/2022
---	-------------------------------------	----------------

PRODUTO	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	6	20	16	20	17	12	15,2
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	14	34	31	46	31	77	38,8
PFC:	0	0	0	0	0	0	0
CRIO:	0	0	0	0	0	0	0

OBS: CASO NÃO TENHA TIDO MOVIMENTO NO PERÍODO SUGERIDO ACIMA, FAVOR INFORMAR O CONSUMO DO PERÍODO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.



RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

[illegible]

15/05/2019