

**CONTRATO Nº 001/2023 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A **ASSOCIAÇÃO FEMININA
DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE E
A FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA**, COM A INTERVENIÊNCIA
DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA.

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 **ASSOCIAÇÃO FEMININA DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE**, inscrita no CNPJ sob nº. 52.050.911/0001-27, com sede na Rua Av. Nelson Spielmann, 631, na cidade de Marília, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente a Sra. **Virgínia Maria Pradella Balloni**, portador da Cédula de Identidade RG nº. 6.976.165-6 e inscrita no CPF/MF sob o nº. 161.784.748-81, 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 e inscrito no CPF/MF sob o nº. 064.282.038-47, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HCFAMEMA**, teste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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



1/20

As atividades referidas na Cláusula Primeira serão desenvolvidas pelo Hemocentro do HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de

[Handwritten signatures and initials]
2/20

- compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
 - 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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 convênio, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
 - 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
 - 14- 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 ou detectar a contaminação



3/20

bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário 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.


4/20

§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



5/20

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 - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentese, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

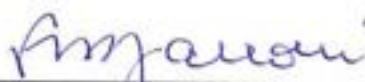
CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

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, 29 de maio de 2023



Sra. Virgínia Maria Pradella Balloni
ASSOCIAÇÃO FEMINIA DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE



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. Goro Takamitsu
Diretor Técnico

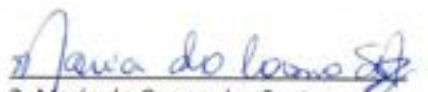


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Patricia Fernanda Bombarda Truzzi Gilio
RG n.º 40.536.435-0
CPF n.º 338.230.678-69



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:	ASSOCIAÇÃO FEMININA DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE				
Nome Fantasia:	MATERNIDADE E GOTA DE LEITE				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	52.050.911-0001/27				
Reg. ANS:	***	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	CCM17534
Endereço:	Av. Nelson Spielmann, 631				
Bairro:	Centro	Município/UF	Marília	CEP:	17.509-001
Telefone:	14-33031242		Fax:		
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	Dr. Goro Takamitsu				
CRM:	20199				
Presidente/Responsável Legal: PROVEDOR	Sra. Virgínia Maria Pradella Balloni				
RG:	6.976.165-6	CPF:	161.784.748-81	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUSIONAL:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Patrícia Fernanda Bombarda Truzzi Gilio				
RG:	40.536.435-0	CPF:	338.230.678-69		

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, e os devidos registros.

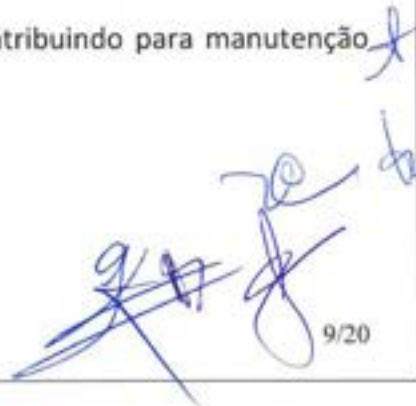
Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta rotina operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos Hemocomponentes.

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

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.



9/20

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECÍFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).**

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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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

2.3 - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).



10/20

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

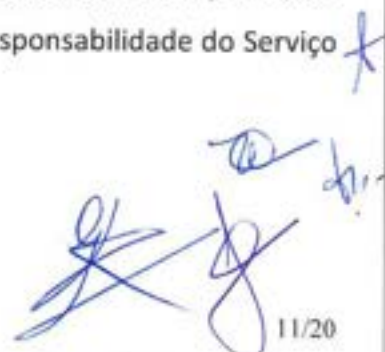
3.1 – Este item tratará das Solicitações de Hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de Concentrado de Hemácias Fenotipados,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.



11/20

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.



12/20

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

V - REGISTROS

- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:

- *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
- *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
- *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
- *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
- *Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.*

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado.

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	284,01
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	297,57
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

**FAMAR**Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

[Handwritten signatures and initials]

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: ASSOCIAÇÃO FEMININA DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE	Período: 07/2022 A 12/2022	Ano: 2023
--	----------------------------	-----------

PRODUTO	07/2022	08/2022	09/2022	10/2022	11/2022	12/2022	MÉDIA
CH:	0	8	0	0	0	2	2
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CPS:	0	0	0	0	0	0	0
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.

[Handwritten signatures and initials]

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: ASSOCIAÇÃO FEMININA DE MARÍLIA MATERNIDADE E GOTA DE LEITE	Mês: AGOSTO E DEZEMBRO	Ano: 2022	Página:
---	------------------------	-----------	---------

NOME DO RECEPTOR ou destino HEMOC	CONVÊNIO	DATA DA TRANSFUSÃO	Nº. DA BOLSA	Produto
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	07/08/2022	2200980801	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	07/08/2022	2200903745	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	09/08/2022	2200953101	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	09/08/2022	2200954201	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	09/08/2022	2200959401	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	09/08/2022	2200965201	
Estefany Gabriela Passos de Paiva Brito	SUS	24/08/2022	2200944401	
Maria Eliuda Cavalcante Lima	SUS	25/08/2022	2200976901	
Tiffany Cristina Lima de Oliveira	SUS	14/12/2022	2201593601	
Tiffany Cristina Lima de Oliveira	SUS	17/12/2022	2201616401	

**CONTRATO N° 002/2023 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM O **HOSPITAL GERAL PREF.
MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO E A
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA**, COM A INTERVENIÊNCIA
DO **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**.

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, o **HOSPITAL GERAL PREF. MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO**, inscrita no CNPJ sob nº. **46.374.500/0013-28**, com sede na **Avenida Gal Eurico Gaspar Dutra, nº. 620**, na cidade de **Promissão**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Dr. Edyr Cunha Sanches**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **8.798.571** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **615.193.087-87**, 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** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HCFAMEMA**, teste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irrradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de

compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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 convênio, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- 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 ou detectar a contaminação

bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário 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 - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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, 02 de Junho de 2023.



DR. EDIR CUNHA SANCHES
HOSPITAL GERAL PREF. MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO



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. Edmar Gomes
Diretor Técnico

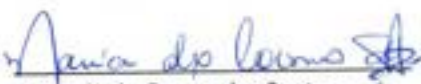


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Manoel Fernando Balsalobre Porto
RG n.º 20.924.323-5
CPF n.º 145.925.198-92



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:	HOSPITAL GERAL PREF. MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO				
Nome Fantasia:	HOSPITAL GERAL DE PROMISSÃO				
Tipo:	☐ 01- Privado ☒ 02- Público				
CNPJ:	46.374.500/0013-28				
Reg. ANS:	N/C	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	ISENTO
Endereço:	AV. GAL EURICO GASPAR DUTRA, 620				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	PROMISSÃO	CEP:	16.370-000
Telefone:	(14) 3541-0644		Email:	Hgp-diretoria@saude.sp.gov.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	EDMAR GOMES				
CRM:	83.635				
Presidente/Responsável Legal: PROVIDOR	EDYR CUNHA SANCHES				
RG:	8.798.571	CPF:	615.193.087-87	CRM:	68262
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUNSIONAL:					
ADRIANA PAULA PERONI – ENFERMEIRA – DAS 07:30 ÀS 13:30 HORAS					
MARINEUSA G. GONÇALVES – AUXILIAR DE ENFERMAGEM – DAS 19:00 ÀS 07:00 HORAS					
SUZETE CARDOSO – TÉCNICA DE ENFERMAGEM – DAS 18:00 ÀS 06:00 HORAS					
NEUSA M. SILVA DE LIMA – AUXILIAR DE ENFERMAGEM – DAS 07:00 ÀS 19:00 HORAS					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	MANOEL FERNANDO BALSALOBRE POLO				
RG:	20.924.323-5	CPF:	145.925.198-92		

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECÍFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

- 1.1** - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)**.
- 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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.
- 1.3** - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos Hemocomponentes.
- 1.4** - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.
- 1.5** - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.
- 1.6** - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.
- 1.7** - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

- 2.1** - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.
- 2.2** - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.
- 2.3** - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Número do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

V - REGISTROS

- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:
- *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
 - *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
 - *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
 - *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
 - *Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.*

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado.

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

**FAMAR**Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III**PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS****PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	284,01
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	297,57
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

**FAMAR**Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

[Handwritten signatures and initials]



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

***Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00**



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

X

[Handwritten signatures and initials]

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: HOSPITAL GERAL DE PROMISSÃO	Período: 11/2022 à 04/2023	Ano: 2022/2023
--	----------------------------	----------------

PRODUTO	11/2022	12/2022	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	MÉDIA
CH:	45	41	35	53	25	29	38
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	03	0	05	06	05	7,6
PFC:	05	0	0	01	0	0	1,0
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.



**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

[illegible]

12

D

da/.

12

CONTRATO N° 003/2023 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A **ASSOCIAÇÃO**
HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL E A
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA, COM A INTERVENIÊNCIA
DO **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**.

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 **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**, inscrita no CNPJ sob nº. **45.349.461/0009-60**, com sede na **Rua Doutor Orlando Thiago Santos, n.70 Bairro Willians**, na cidade de **Garça**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Sr. Plínio Hernandez**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **44.587.016-3** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **364.762.998-75**, 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** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HCFAMEMA**, neste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de

compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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 convênio, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- 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 ou detectar a contaminação.



3/20

bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário 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.

[Handwritten signatures 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 Tel (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

§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

5/20

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 - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

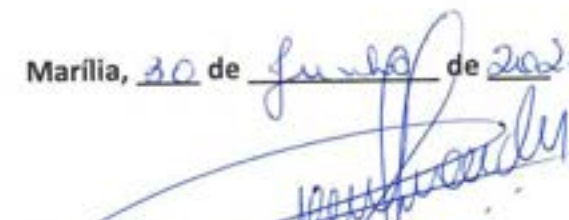
Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas

 6/20

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, 30 de junho de 2023



SR. PLÍNIO HERNANDES
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



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

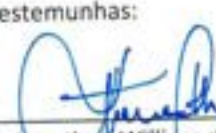


Dra. Tayane Miguel Querino
Diretor Técnico

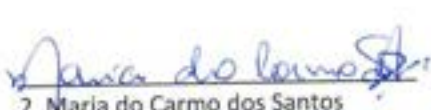


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Jonathan William da Silva
RG n.º 41.101.766-4
CPF n.º 418.270.768-01



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:	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
Nome Fantasia:	AHBB – REDE SANTA CASA				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	45.346.461/0009-60				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:		Insc. Municipal:	2175819
Endereço:	RUA DR. ORLANDO THIAGO DOS SANTOS, 70				
Bairro:	WILLIANS	Município/UF	GARÇA	CEP:	17402-064
Telefone:	14-3407-5066		Email:	financeiro.garca@ahbb.org.br; tmiguel@ahbb.org.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	TAYANE MIGUEL QUERINO				
CRM:	12079				
Presidente/Responsável Legal: PROVEDOR	PLÍNIO HERNANDES				
RG:	44.587.016-3	CPF:	364.762.998-75	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUSIONAL:					
ANA CARLA MESQUITA RODRIGUES – PLANTÃO DIURNO PAR – 07:00 ÀS 19:00 H.					
JESSICA ALVES DE SOUZA – PLANTÃO DIURNO IMPAR – 07:00 ÀS 19:00 H.					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Jonathan William da Silva				
RG:	41.101.766-4	CPF:	418.270.768-01		

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).**

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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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

2.3 - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

[Handwritten signatures and initials]
10/20

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.



1/20

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.


12/20

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exige o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

V - REGISTROS

- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:
 - *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
 - *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
 - *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
 - *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
 - *Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.* *

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the date 11/20.

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. ✗

Atenciosamente,


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA


4/20



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	284,01
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	297,57
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

Handwritten signatures and initials at the bottom left of the page.

Handwritten signature and date 16/8/20 at the bottom right of the page.



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 08.161.265/0001-46

FAMAR

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

8-2-2

16/20



FAMAR

Associação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220

CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00

17/20



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220

CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

8

18/20

18/20

18/20

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Agência Transfusional Hospital São Lucas de Garça	Período: Dezembro à Maio	Ano: 2022/2023
---	--------------------------	----------------

PRODUTO	Dezembro/2022	Janeiro/2023	Fevereiro/2023	Março/2023	Abril/2023	Maio/2023	MÉDIA
CH:	34	45	43	51	37	44	42,33
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	08	07	0	0	0	0	2,5
PFC:	0	01	07	0	15	0	3,83
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.

8
S
S
S

19/20



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

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

[illegible]

20/20

CONTRATO Nº 004/2023 – HEMO

FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES REGULAR E EVENTUAL – HRA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA** E A **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, COM INTERVENIÊNCIA DO **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**, ATRAVÉS DO **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA**, inscrita no CNPJ sob nº. **53.638.649/0001-07**, com sede na Rua Caramuru, nº 568, na cidade de Paraguaçu Paulista, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Provedor o Sr. **GODOFREDO Ribeiro de Freitas Filho**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **5.526.545-5** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **407.843.048-15**, 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** inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, por sua responsável técnica **Dra. Maristela Martins Roberto**, CRM/SP nº. **48.445**, 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 HCFAMEMA, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 HCFAMEMA, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessárias informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer requisição modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de Funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com a orientação do HEMOCENTRO DO HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, (diariamente até às 12 h), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme a Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminada (RBE) CONFORME ANEXO II, devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;

13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:

- a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
- b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas;

14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.
- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para deleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 Boleto Bancário deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro1@famar.org.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 Em épocas de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente, por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º Fica expressamente acordado entre as partes que quando houver falta de Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pela retirada dos mesmos, no HEMOCENTRO DO HCFAMEMA, mediante consulta prévia de disponibilidade do produto.

§4º 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.

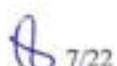
§5º Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior de que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, a **CONTRATADA** não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ela tão-somente acionar o sistema de coleta emergencial a fim de dar suporte de atendimento a essas situações.

§6º A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema **NOTIVISA**, devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação de doadores, produtos e processos.

§7º A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro do HCFAMEMA e seguindo as ações conforme o Manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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.

 7/22

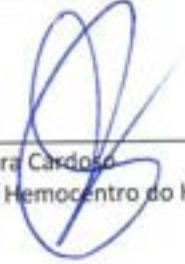
E, por estarem assim de pleno acordo, as partes firmam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.

Marília, 30 de junho de 2023.


GODOFREDO RIBEIRO DE FREITAS FILHO
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA

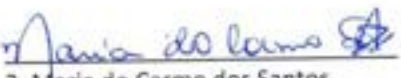

Sra. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA


Dr.ª Katiucha Pioch Carlos
Responsável Técnico


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:


1. Elidê Auxiliadora dos Santos
RG n.º 21.419.638-0
CPF n.º 113.580.038-31


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 PARAGUAÇU PAULISTA				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE PARAGUAÇU PAULISTA				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	53.638.649/0001-07				
Reg. ANS:	2082519 (CNES)	Insc. Estadual:	ISENTA	Insc. Municipal:	014543
Endereço:	RUA CARAMURU, 568				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	PARAGUAÇU PAULISTA	CEP:	19700-023
Telefone:	18 3247 1133		Email:	<u>scppta@hotmail.com</u>	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	Katiucha Pioch Carlos				
CRM:	115.344				
Presidente/Responsável Legal:	GODOFREDO RIBEIRO DE FREITAS FILHO				
PROVEDOR					
RG:	5.526.545-5	CPF:	407.843.048-15	CRM:N/A	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Elidê Auxiliadora dos Santos				
RG:	21.419.638-0		CPF:	113.580.038-31	




ANEXO - II

ROTINA PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES NO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS:

1. Telefonar para a seção de Estoque (tel.: 3302-6023), para saber da disponibilidade do Hemocomponente solicitado;
2. O Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregue os Hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;
3. O responsável pela retirada do produto deverá trazer um pedido assinado pelo médico responsável pela Agência Transfusional, quando a solicitação é para reposição do estoque;

No caso de o pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:

- Nome legível e completo (SEM ABREVIATURA);
- Número do registro de internação, data de Nascimento;
- Idade, sexo;
- Provável diagnóstico;
- Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
- Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
- Data da solicitação;
- Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade; e
- Assinatura, e carimbo com o Nome Completo e CRM do Médico solicitante.



Obs.: Em caso de solicitação de realização dos testes pré-transfusionais (quando o paciente apresenta anticorpos irregulares), contactar previamente com o Laboratório de Imunohematologia do Hemonúcleo (tel.- 3302-6023), e encaminhar o material do(a) paciente como segue:

- 4 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada,
- 6 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo apropriado para coleta (15x100mm) fechado com tampa apropriada,
- Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**,
 - Nº do registro de internação do paciente,
 - Data de coleta das amostras (o tempo entre a coleta e a chegada das amostras até o Hemonúcleo não deve ultrapassar 12 horas, sendo que neste período, as amostras deverão ser mantidas entre 2 a 8 °C), e
 - Identificação (nome legível da pessoa que coletou a amostra).

4- Além do pedido médico, o responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável;

5- A Agência Transfusional deverá participar da captação de doadores, através de campanhas orientadas pelo HEMOCENTRO HCFAMEMA ou encaminhar doadores de sangue para repor os hemocomponentes fornecidos.

A partir desta data, o não cumprimento das normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do hemocomponente solicitado.



**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

Considerando a Legislação Vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do Serviço a Norma ISO9001, o Diretor Técnico do Hemocentro do HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, e os devidos registros.

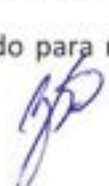
Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta Rotina Operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos Hemocomponentes.

Art. 3º. As instituições terão um prazo de 30 dias após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta Rotina Operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da CONTRATANTE.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques do Hemocentro do HCFAMEMA.



I – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

- 1.1** - Toda solicitação de Hemocomponentes deverá ser realizada no formulário próprio- **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)**.
- 1.2** - A solicitação de Hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda à sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.
- 1.3** - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos Hemocomponentes.
- 1.4** - O Serviço de Hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.
- 1.5** - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do Setor de Hemoterapia.
- 1.6** - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda à sexta-feira.
- 1.7** - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

- 2.1** - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.
- 2.2** - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.
- 2.3** - Na medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agencia Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).
- 2.4** - As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3ml em EDTA e 5ml em tubo seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do Paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do Coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 – SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponentes em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3ml de sangue colhido **com** anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5ml de sangue colhido **sem** anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Número do registro intra-hospitalar ou data de Nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.

- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
- Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade;
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 – As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 – A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 – O envio de Hemácias Fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré-transfusionais;
- 4 – Encaminhar – Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.

IV – TRANSPORTE

- 4.1 – Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarrega de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 – O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 – As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhados com gelo reciclável em quantidade compatível com os produtos.

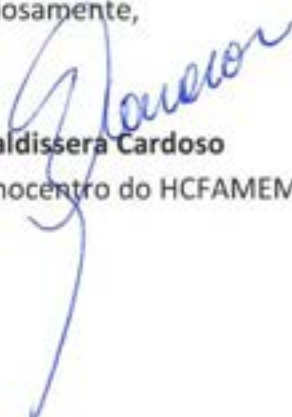
V – REGISTROS

- 5.1 – Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro do HCFAMEMA através das fichas:
 - Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);

- *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
- *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
- *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
- *Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.*

- 5.2** – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3** – A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4** – A partir desta data, o não cumprimento das Normas Acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. ✕

Atenciosamente,


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA





FAMAR

Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO – III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	268,03
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	273,28
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	



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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	245,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FAMAR

Faculdade de Medicina de Marília - UNESP

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.438,56
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	392,52

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220

CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguíneo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários – gel teste	

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARAGUAÇU PAULISTA	Período: 01/01 A 31/12	Ano: 2022
---	------------------------	-----------

PRODUTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL	MÉDIA
CH:	33	23	22	30	26	32	20	36	35	21	27	19	324	162
CHL:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0	2	2	0	5	1	0	10	5
CRIO:	11	7	8	4	24	11	0	0	0	17	0	0	82	41

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



Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

22/22

**CONTRATO Nº 005/2023 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A **SANTA CASA DE
POMPÉIA** E A **FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, COM A
INTERVENIÊNCIA DO **HEMOCENTRO DO
HCFAMEMA**.

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 POMPEIA**, inscrita no CNPJ sob nº. **55.065.601/0001-74**, com sede na **Rua Luis Selani Neto, nº 345**, na cidade de **POMPÉIA**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Provedor o **Sr. Alair Mendes Fragoso**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **5.871.430-3** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **043.417.948-50**, 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. **Eloísa 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 HCFAMEMA**, neste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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

HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irrradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe

do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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 convênio, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

Handwritten signatures and initials are present at the bottom right of the page, along with the date 3/20.

- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário 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.

[Handwritten signatures and initials]
4/20

§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**.


5/20

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.

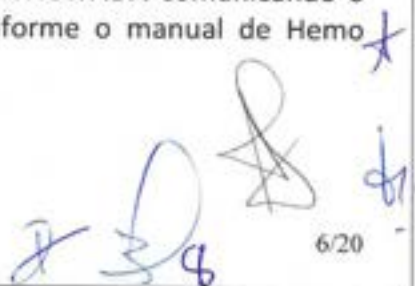
§2º - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.



6/20

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.

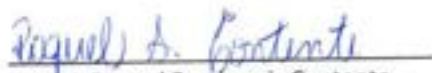
Marília, 30 de Junho de 2.023.



ALAIR MENDES FRAGOSO
IRMANDADE DA SANTA CASA DE POMPEIA



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. Raquel Semiramis Contente
Diretor Técnico



Dra. Renata Bndissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Claudemir Bolfi
RG n.º 19.668.550-3
CPF n.º 089.758.068-04



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:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE POMPÉIA				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE POMPÉIA				
Tipo:	☐ 01- Privado ☒ 02- Público				
CNPJ:	55.065.601/0001-74				
Reg. ANS:	***	Insc. Estadual:	ISENTA	Insc. Municipal:	285
Endereço:	RUA LUIS SELANI NETO, 345				
Bairro:	FLÂNDRIA	Município/UF	POMPÉIA/SP	CEP:	17582,136
Telefone:	(14) 3405-2010		Email:	santacasa@santacasapompeia.org.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DRA. RAQUEL SEMIRAMIS CONTENTE				
CRM:	191897				
Presidente/Responsável Legal:	PROVEDOR ALAIR MENDES FRAGOSO				
RG:	5.871.430-3	CPF:	043.417.948-50	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUSIONAL:					
Bruna Carvalho Pivetta da Costa – Enfermeira – horário 08:00 às 17:00 horas					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Claudemir Bolfi				
RG:	19.668.550-3		CPF:	089.758.068-04	

[Assinatura]
-8/20-

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, e os devidos registros.

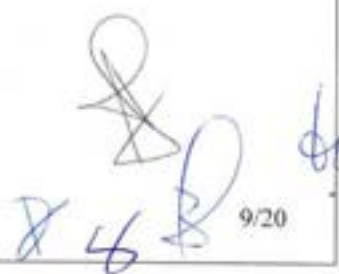
Art. 2º. O não cumprimento de qualquer item desta rotina operacional implicará no não recebimento das amostras para a realização dos testes e/ou no não fornecimento dos Hemocomponentes.

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

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.



9/20

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).**

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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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

2.3 - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

[Handwritten signatures and initials]
10/20

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

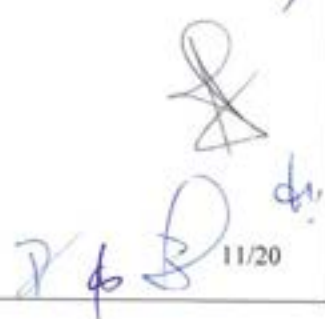
3.1 – Este item tratará das Solicitações de Hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de Concentrado de Hemácias Fenotipados,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.



11/20

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico  solicitante.



12/20

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

V - REGISTROS

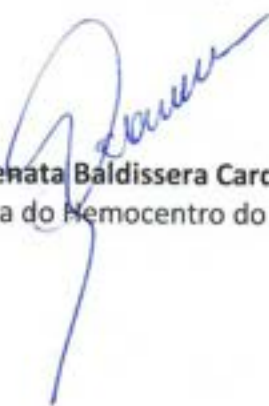
- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:
- Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);
 - Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);
 - Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);
 - Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);
 - Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);
 - Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);
 - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

[Handwritten signatures and initials]

13/20

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. *

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	284,01
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	297,57
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

[Handwritten signatures and initials]

**FAMAR**FUND. DE APOIO À FAC. DE MED. DE MARÍLIA**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 08.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia): R\$170,00

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

(Handwritten signatures and initials)

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Santa Casa de Pompéia	Período: Dezembro à Maio	Ano: 2022/2023
------------------------------------	--------------------------	----------------

PRODUTO	12/2022	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	05/2023	MÉDIA
CH:	16	25	5	10	10	8	12,33
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0	0
CRIO:	0	0	0	0	0	0	0

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

[Assinaturas]



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

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

[illegible]

CONTRATO Nº 006/2023 – HEMO

FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM PROVA PRÉ – HRA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A **ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DE MARACÁI** E A **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, COM INTERVENIÊNCIA DO **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**, ATRAVÉS DO **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DE MARACAI**, inscrita no CNPJ sob nº. 48.368.989/0001-17, com sede na Avenida José Bonifácio, 382, na cidade de Maracá, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Eder Vieira**, portador da Cédula de Identidade RG nº. 32.451.958-58 e inscrita no CPF/MF sob o nº. 288.715.953-58, 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 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**, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, por sua responsável técnica **Dra. Maristela Martins Roberto**, CRM/SP nº. 48.445, 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 HCFAMEMA**, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 HCFAMEMA, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessárias informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer requisição modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de Funcionamentodo

Serviço na qual o Contratose refere 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 HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com a orientação do HEMOCENTRO DO HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, (diariamente até às 12 h), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme a Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminada (RBE) CONFORME ANEXO II, devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia

útil do mês subsequente:

- a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas;
- 14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.
- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para deleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 Boleto Bancário deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro1@famar.org.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 Em épocas de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente, por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º Fica expressamente acordado entre as partes que quando houver falta de Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pela retirada dos mesmos, no HEMOCENTRO DO HCFAMEMA, mediante consulta prévia de disponibilidade do produto.

§4º 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.

§5º 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.

§6º A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema **NOTIVISA**, devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação de doadores, produtos e processos.

§7º A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro do HCFAMEMA e seguindo as ações conforme o Manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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, 07 de julho de 2023.



EDER VIEIRA

ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DE MARACÁ

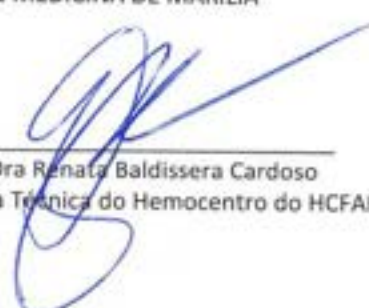


Sra. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI

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

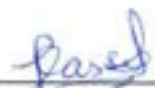


Responsável Técnico

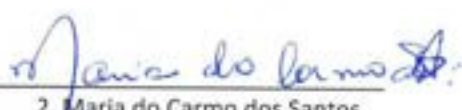


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Patricia Cristine Passos
RG n.º 34.8769.365-7
CPF n.º 318.933.158-86



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:	ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DE MARACAÍ				
Nome Fantasia:	HOSPITAL DE MARACAÍ				
Tipo:	☐ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	48.368.989/0001-17				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	436.001.845	Insc. Municipal:	
Endereço:	Avenida José Bonifácio, 382				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	Maracai	CEP:	19840-000
Telefone:	(18) 3371-2797		Email:	Administracao@ahbm.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	-----				
CRM:	-----				
Presidente/Responsável Legal:	EDER VIEIRA				
PROVEDOR					
RG:	32.451.958-58	CPF:	288.715.953-58	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA UCT:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	Patrícia Cristine Passos				
RG:	34.876.365-7	CPF:	318.933.158-86		

ANEXO - II

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

Considerando a Legislação Vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do Serviço a Norma ISO9001, o Diretor Técnico do Hemocentro do HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta Rotina Operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da CONTRATANTE.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques do Hemocentro do HCFAMEMA.



ROTINA PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES NO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS:

1. Telefonar para a seção de Estoque (tel.: 3302-6023), para saber da disponibilidade do Hemocomponente solicitado;
2. O Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os Hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;
3. O responsável pela retirada do produto deverá trazer um pedido assinado pelo médico responsável pela Agência Transfusional, quando a solicitação é para reposição do estoque;

No caso de o pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:

- Nome legível e completo (SEM ABREVIATURA);
- Número do registro de internação, data de Nascimento;
- Idade, sexo;
- Provável diagnóstico;
- Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
- Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
- Data da solicitação;
- Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade; e
- Assinatura, e carimbo com o Nome Completo e CRM do Médico solicitante.

Obs.: Em caso de solicitação de realização dos testes pré-transfusionais (quando o paciente apresenta anticorpos irregulares), contactar previamente com o Laboratório de Imunohematologia do Hemonúcleo (tel.- 3302-6023), e encaminhar o material do(a) paciente como segue:

- 4 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada,
- 6 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo apropriado para coleta (15x100mm) fechado com tampa apropriada,
- Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:

- Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**,
- Nº do registro de internação do paciente,

- Data de coleta das amostras (o tempo entre a coleta e a chegada das amostras até o Hemonúcleo não deve ultrapassar 12 horas, sendo que neste período, as amostras deverão ser mantidas entre 2 a 8 °C), e
 - Identificação (nome legível da pessoa que coletou a amostra).
- 4- Além do pedido médico, o responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável;
- 5- A Agência Transfusional deverá participar da captação de doadores, através de campanhas orientadas pelo HEMOCENTRO HCFAMEMA ou encaminhar doadores de sangue para repor os hemocomponentes fornecidos.

A partir desta data, o não cumprimento das normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do hemocomponente solicitado.

I – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

- 1.1** - Toda solicitação de Hemocomponentes deverá ser realizada no formulário próprio- **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)**.
- 1.2** - A solicitação de Hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda à sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.
- 1.3** - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos Hemocomponentes.
- 1.4** - O Serviço de Hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.
- 1.5** - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do Setor de Hemoterapia.
- 1.6** - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda à sexta-feira.
- 1.7** - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

- 2.1** – É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.
- 2.2** – A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.
- 2.3** – Na medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agencia Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).
- 2.4** – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3ml em EDTA e 5ml em tubo seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do Paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do Coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidade menores serão permitidas desde que previamente acordadas.
- 2.5** – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.
- 2.6** – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.
- 2.7** – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

- 3.1** – Este item tratará das Solicitações 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,
 - 3.1.1** – SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.
 - 3.1.2** – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínim o 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponentes em estoque.
 - 3.1.3** – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.
 - 3.1.4** – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.
 - 3.1.5** – Antes de encaminhar o material do(a) paciente deverá ser feito contato com o Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro do HCFAMEMA através do telefone: 14-3434-3831.



3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3ml de sangue colhido **com** anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5ml de sangue colhido **sem** anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Número do registro intra-hospitalar ou data de Nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade;
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 – As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 – A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 – O envio de Hemácias Fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré-transfusionais;
- 4 – Encaminhar – Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.

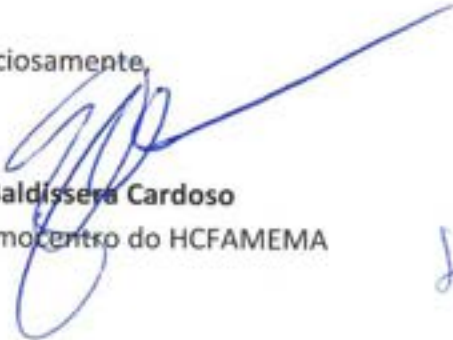
IV – TRANSPORTE

- 4.1** – Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarrega de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2** – O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3** – As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhados com gelo reciclável em quantidade compatível com os produtos.

V – REGISTROS

- 5.1** – Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro do HCFAMEMA através das fichas:
- *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
 - *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
 - *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
 - *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
 - *Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.*
- 5.2** – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3** – A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4** – A partir desta data, o não cumprimento das Normas Acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. ✕

Atenciosamente,


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO – III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	284,01
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	297,57
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas	263,68
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico	233,92
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma	255,80
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00



FAMAR

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários – gel teste	

Handwritten signatures and initials in blue ink.

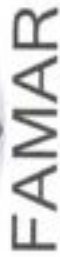
ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DE MARACÁI	Período: MAIO A JUNHO	Ano: 2023
---	-----------------------	-----------

PRODUTO	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	9	9	0	0	0	9
CHL:	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0
CRIO:	0	0	0	0	0	0

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



Wiederholte, bis zu sechs wöchentliche, Sitzungen. Sie werden von einem erfahrenen Psychotherapeuten durchgeführt. Sie werden von einem erfahrenen Psychotherapeuten durchgeführt.

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

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

[illegible]

L
~~Star~~
 2
 * 67

CONTRATO Nº 007/2023 – HEMO

FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES REGULAR E EVENTUAL – HRA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A **HOSPITAL E MATERNIDADE DE ASSIS LTDA** E A **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, COM INTERVENIÊNCIA DO **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**, ATRAVÉS DO **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, o **HOSPITAL E MATERNIDADE DE ASSIS LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº. **44.367.845/0001-95**, com sede a **Rua Ana Ângela Robazzi de Andrade, nº. 405**, na cidade de **Assis**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Marcos de Andrade Padua**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **2.069.723** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **013.300.558-53**, 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** inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HCFAMEMA**, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, por sua responsável técnica **Dra. Maristela Martins Roberto**, CRM/SP nº. **48.445**, 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 HCFAMEMA**, através do **HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS**, 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 HCFAMEMA, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessárias informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer requisição modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço.

Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de Funcionamento do Serviço na qual o Contratado refere 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 HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com a orientação do HEMOCENTRO DO HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, (diariamente até às 12:00 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme a Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminada (RBE) CONFORME ANEXO II, devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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, *f*
data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;

13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:

- a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
- b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas;

14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.
- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para deleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 Boleto Bancário deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro1@famar.org.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 Em épocas de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente, por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º Fica expressamente acordado entre as partes que quando houver falta de Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pela retirada dos mesmos, no HEMOCENTRO DO HCFAMEMA, mediante consulta prévia de disponibilidade do produto.

§4º 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.

§5º 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.

§6º A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema **NOTIVISA**, devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação de doadores, produtos e processos.

§7º A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro do HCFAMEMA e seguindo as ações conforme o Manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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, 07 de Julho de 2023



Sr. MARCOS DE ANDRADE PADUA
HOSPITAL E MATERNIDADE DE ASSIS LTDA



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

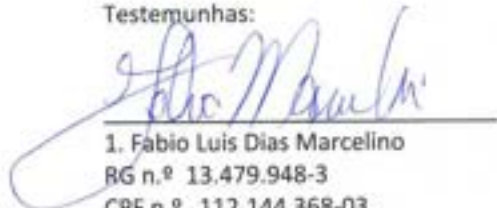


Dr. Ayman Samaan
Diretor Técnico



Dra Renata Baldissara Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Fabio Luis Dias Marcelino
RG n.º 13.479.948-3
CPF n.º 112.144.368-03



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:	HOSPITAL E MATER NIDADE DE ASSIS LTDA				
Nome Fantasia:	HMA				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	44.367.845/0001-95				
Reg. ANS:	----	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	1204
Endereço:	Rua Ana Ângela Robazzi de Andrade, 405				
Bairro:	Jardim Paulista	Município/UF	ASSIS/SP	CEP:	19815-070
Telefone:	(18) 3302-1700		Email:	faturamento@hmassis.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DR. AYMAN SAMAAAN				
CRM:	89163				
Presidente/Responsável Legal: PROVIDOR	MARCOS DE ANDRADE PADUA				
RG:	2.069.723	CPF:	013.300.558-53	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
SONIA MARIA DE SOUZA – COREN 713301 – TÉCNICO ENFERMAGEM – 06:40 ÀS 15:00 HORAS					
DANIEL RODRIGUES MONTEIRO – COREN 345904–TÉCNICO ENFERMAGEM - 07:00 ÀS 16 HORAS					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	FABIO LUIS DIAS MARCELINO				
RG:	13.479.948-3		CPF:	112.144.368-03	

ANEXO - II

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

Considerando a Legislação Vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do Serviço a Norma ISO9001, o Diretor Técnico do Hemocentro do HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta Rotina Operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da CONTRATANTE.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques do Hemocentro do HCFAMEMA.



ROTINA PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES NO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS:

1. Telefonar para a seção de Estoque (tel.: 3302-6023), para saber da disponibilidade do Hemocomponente solicitado;
2. O Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os Hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;
3. O responsável pela retirada do produto deverá trazer um pedido assinado pelo médico responsável pela Agência Transfusional, quando a solicitação é para reposição do estoque;

No caso de o pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:

- Nome legível e completo (SEM ABREVIATURA);
- Número do registro de internação, data de Nascimento;
- Idade, sexo;
- Provável diagnóstico;
- Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
- Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
- Data da solicitação;
- Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade; e
- Assinatura, e carimbo com o Nome Completo e CRM do Médico solicitante.

Obs.: Em caso de solicitação de realização dos testes pré-transfusionais (quando o paciente apresenta anticorpos irregulares), contactar previamente com o Laboratório de Imunohematologia do Hemonúcleo (tel.- 3302-6023), e encaminhar o material do(a) paciente como segue:

- 4 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada,
- 6 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo apropriado para coleta (15x100mm) fechado com tampa apropriada,
- Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:

- Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**,
- Nº do registro de internação do paciente,

- Data de coleta das amostras (o tempo entre a coleta e a chegada das amostras até o Hemonúcleo não deve ultrapassar 12 horas, sendo que neste período, as amostras deverão ser mantidas entre 2 a 8 °C), e
- Identificação (nome legível da pessoa que coletou a amostra).

- 4- Além do pedido médico, o responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável;
- 5- A Agência Transfusional deverá participar da captação de doadores, através de campanhas orientadas pelo HEMOCENTRO HCFAMEMA ou encaminhar doadores de sangue para repor os hemocomponentes fornecidos.

A partir desta data, o não cumprimento das normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do hemocomponente solicitado.

I – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponentes deverá ser realizada no formulário próprio- **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).**

1.2 - A solicitação de Hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda à sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de Hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do Setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

- 2.1** – É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.
- 2.2** – A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.
- 2.3** – Na medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).
- 2.4** – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3ml em EDTA e 5ml em tubo seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do Paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do Coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidade menores serão permitidas desde que previamente acordadas.
- 2.5** – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.
- 2.6** – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.
- 2.7** – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

- 3.1** – Este item tratará das Solicitações 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,
 - 3.1.1** – SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.
 - 3.1.2** – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponentes em estoque.
 - 3.1.3** – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.
 - 3.1.4** – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.
 - 3.1.5** – Antes de encaminhar o material do(a) paciente deverá ser feito contato com o Laboratório de Imunohematologia do Hemocentro do HCFAMEMA através do telefone: 14-3434-3831.

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3ml de sangue colhido **com** anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5ml de sangue colhido **sem** anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Número do registro intra-hospitalar ou data de Nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade;
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 – As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 – A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 – O envio de Hemácias Fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré-transfusionais;
- 4 – Encaminhar – Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.

IV – TRANSPORTE

- 4.1** – Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarrega de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2** – O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3** – As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhados com gelo reciclável em quantidade compatível com os produtos.

V – REGISTROS

- 5.1** – Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro do HCFAMEMA através das fichas:
- *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
 - *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
 - *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
 - *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
 - *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
 - *Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.*
- 5.2** – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3** – A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4** – A partir desta data, o não cumprimento das Normas Acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. ✕

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO – III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	284,01
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	297,57
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

**FAMAR**

Fundação de Apoio à

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220

CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00



FAMAR

Faculdade de Medicina de Marília

FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Rua Marreý Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários – gel teste	

[Handwritten signatures and initials]



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Marília - F.A.M.A.R.

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Hospital e Maternidade de Assis Ltda	Período: Outubro a Abril	Ano: 2022/2023
---	--------------------------	----------------

PRODUTO	10/2022	11/2022	12/2022	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	MÉDIA
CH:	43	21	44	25	34	25	28	31,5
CHL:	0	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	36	18	10	0	40	8	30	20,2
PFC:	14	2	4	0	0	1	4	3,5
CRIQ:	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	93	41	58	25	74	34	62	55,2

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 Tel: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

**CONTRATO Nº 009/2023 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A **IRMANDADE
BENEFICENTE SÃO JOSÉ** E A **FUNDAÇÃO DE
APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE
MARÍLIA**, COM A INTERVENIÊNCIA DO
HEMOCENTRO DO HCFAMEMA.

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 **IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ**, inscrita no CNPJ sob nº. **02.411.710/0001-30**, com sede na **Rua Décio Silvério, nº 321, Centro**, na cidade de **GALIA**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente a **Sra. Keila de Lima Nogueira**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **57.980.202-4** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **475.174.598-05**, 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** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HCFAMEMA**, neste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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

HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe

do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, 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 convênio, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including the date 3/20.

- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário 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.

4/20

§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

Handwritten signatures and initials in blue ink, including the date 5/20.

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 - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentese, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas

6/20
Handwritten signatures and initials.

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 Agosto de 2023



SRA. KEILA DE LIMA NOGUEIRA
IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ



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

Nome
Diretor Técnico

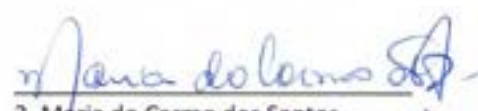


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Jussara Lopes Ribeiro Simões
RG n.º 40.146.481-7
CPF n.º 354.135.398-86



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:	IRMANDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ				
Nome Fantasia:	HOSPITAL SÃO VICENTE				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	02.411.710/0001-30				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	1.401
Endereço:	Rua Décio Silvério, nº 321				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	GÁLIA/SP	CEP:	17450-019
Telefone:	(14) 3274-1280		Email:	hsvgalia@yahoo.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	-				
CRM:	-				
Presidente/Responsável Legal: PROVIDOR	SRª KEILA DE LIMA NOGUEIRA				
RG:	57.980.202-4	CPF:	475.174.598-05	CRM:-	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUSIONAL:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	JUSSARA LOPES RIBEIRO SIMÕES				
RG:	40.146.481-7	CPF:	354.135.398-86		

8/20

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).**

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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE) assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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

2.3 - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

[Handwritten signatures and initials]
10/20

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.

[Handwritten signatures and initials]
11/20

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico  solicitante.



12/20

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exige o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

V - REGISTROS

- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:

- Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);
- Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);
- Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);
- Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);
- Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);
- Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);
- Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. *

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

ANEXO - III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	284,01
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	297,57
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FAMAR

Centro de Transfusão de Sangue Humano e Plasma

**FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

***Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00**

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
4.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguíneo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

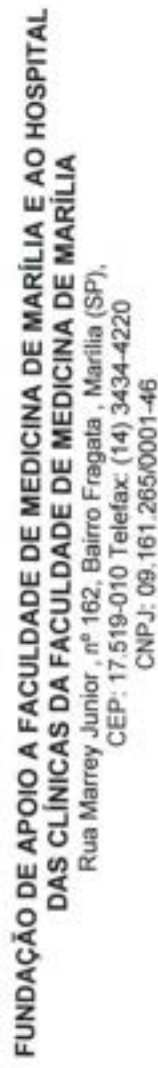
ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: _____	Período: _____ A _____	Ano: _____
--------------------	------------------------	------------

PRODUTO	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	0	0	0	0	0	0
CHL:	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0
CRIO:	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]

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 Tel: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

CONTRATO Nº 010/2023 – HEMO

FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES REGULAR E EVENTUAL – HRA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM AO IAM ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA E A FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, COM INTERVENIÊNCIA DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA, ATRAVÉS DO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, ao IAM ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA, inscrita no CNPJ sob nº. 00.612.263/0001-51, com sede na Rua Victor Costa Romano, nº 97, JD Europa, na cidade de Assis, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o Dr. Waldir Pereira Modotti, portador da Cédula de Identidade RG nº. 75.345.389 e inscrita no CPF/MF sob o nº. 050.732.458-73, 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 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, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, por sua responsável técnica Dra. Maristela Martins Roberto, CRM/SP nº. 48.445, 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 HCFAMEMA, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 HCFAMEMA, através do HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessárias informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer requisição modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço

Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de Funcionamento do Serviço na qual o Contratado refere 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 HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com a orientação do HEMOCENTRO DO HCFAMEMA-HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS e 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, (diariamente até às 12:00 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme a Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminada (RBE) CONFORME ANEXO II, devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, improrrogavelmente 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, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;

13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:

- a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
- b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas;

14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.
- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para deleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 Boleto Bancário deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro1@famar.org.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 Em épocas de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentes e, principalmente, por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º Fica expressamente acordado entre as partes que quando houver falta de Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á pela retirada dos mesmos, no HEMOCENTRO DO HCFAMEMA, mediante consulta prévia de disponibilidade do produto.

§4º 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.

§5º 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.

§6º A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema **NOTIVISA**, devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação de doadores, produtos e processos.

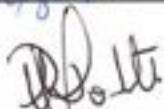
§7º A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro do HCFAMEMA e seguindo as ações conforme o Manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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 Agosto de 2023



DR. WALDIR PEREIRA MODOTTI
IAM ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA



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. Igor de Castro Moraes Santos
Responsável Técnico



Dra Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Gisele Jaqueline de Almeida Silva Gomes
RG n.º 41.806.346-1
CPF n.º 315.770.908-96



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:	IAM ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia:	IAM				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	00.612.263/0001-51				
Reg. ANS:	***	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	25151
Endereço:	RUA VICTOR COSTA ROMANO, Nº 97				
Bairro:	JD EUROPA	Município/UF	ASSIS/SP	CEP:	19814-560
Telefone:	(18) 3302-1313		Email	administracao@iamulher.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DR. IGOR DE CASTRO MORAES SANTOS				
CRM:	195385				
Presidente/Responsável Legal:	DR. WALDIR PEREIRA MODOTTI				
RG:	75.345.389	CPF:	050.732.458-73	CRM: 51461	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	GISELE JAQUELINE DE ALMEIDA SILVA GOMES				
RG:	41.806.346-1		CPF:	315.770.908-96	

ANEXO - II

ROTINA PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES NO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS:

1. Telefonar para a seção de Estoque (tel.: 3302-6023), para saber da disponibilidade do Hemocomponente solicitado;
2. O Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no HEMONUCLEO DO HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS, através de um funcionário devidamente identificado. Só serão entregues os Hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente combinado pelo telefone;
3. O responsável pela retirada do produto deverá trazer um pedido assinado pelo médico responsável pela Agência Transfusional, quando a solicitação é para reposição do estoque;

No caso de o pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:

- Nome legível e completo (SEM ABREVIATURA);
- Número do registro de internação, data de Nascimento;
- Idade, sexo;
- Provável diagnóstico;
- Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
- Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
- Data da solicitação;
- Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade; e
- Assinatura, e carimbo com o Nome Completo e CRM do Médico solicitante.

Obs.: Em caso de solicitação de realização dos testes pré-transfusionais (quando o paciente apresenta anticorpos irregulares), contactar previamente com o Laboratório de Imunohematologia do Hemonúcleo (tel.- 3302-6023), e encaminhar o material do(a) paciente como segue:

■ 4 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada,

■ 6 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo apropriado para coleta (15x100mm) fechado com tampa apropriada,

■ Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:

- Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**,
- Nº do registro de internação do paciente,

- Data de coleta das amostras (o tempo entre a coleta e a chegada das amostras até o Hemonúcleo não deve ultrapassar 12 horas, sendo que neste período, as amostras deverão ser mantidas entre 2 a 8 °C), e
- Identificação (nome legível da pessoa que coletou a amostra).

4- Além do pedido médico, o responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, com gelo reciclável;

5- A Agência Transfusional deverá participar da captação de doadores, através de campanhas orientadas pelo HEMOCENTRO HCFAMEMA ou encaminhar doadores de sangue para repor os hemocomponentes fornecidos.

A partir desta data, o não cumprimento das normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do hemocomponente solicitado.

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

Considerando a Legislação Vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do Serviço a Norma ISO9001, o Diretor Técnico do Hemocentro do HCFAMEMA, **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta Rotina Operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da CONTRATANTE.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques do Hemocentro do HCFAMEMA.

I – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponentes deverá ser realizada no formulário próprio- **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)**.

1.2 – A solicitação de Hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda à sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 – O Serviço de Hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 – Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do Setor de Hemoterapia.

1.6 – O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

1.7 – O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.



II – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 – É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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



2.3 – Na medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3ml em EDTA e 5ml em tubo seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do Paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do Coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidade menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 – SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponentes em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3ml de sangue colhido **com** anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;

- - 5ml de sangue colhido **sem** anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados **legíveis**:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Número do registro intra-hospitalar ou data de Nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (SEM ABREVIATURA);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade;
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 – As amostras não devem ser centrifugadas;
- 2 – A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3434-3831;
- 3 – O envio de Hemácias Fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré-transfusionais;
- 4 – Encaminhar – Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.

IV – TRANSPORTE

- 4.1 – Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarrega de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 – O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);

4.3 – As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhados com gelo reciclável em quantidade compatível com os produtos.

V – REGISTROS

5.1 – Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro do HCFAMEMA através das fichas:

- *Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);*
- *Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);*
- *Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);*
- *Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);*
- *Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);*
- *Planilha para Controle e Documentação de Cargas – Amostras.*

5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.

5.3 – A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.

5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas Acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado.

Atenciosamente,


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO – III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	284,01
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	297,57
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

[Handwritten signatures and initials]



FAMAR

Procedimentos de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**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) 3434-4220

CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBsAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBsAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBsAg EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		



FAMAR

Fornecedor de Apoio Logístico de Referência do SUS

**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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por afereze	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00



FAMAR

FUNDADA EM 1955 E RECONHECIDA PELA RESOLUÇÃO Nº 10.001/96 DO COUNCIL OF MEDICAL EDUCATION OF BRAZIL

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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguineo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	



FAMAR

Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: _____	Período: _____ A _____	Ano: _____
--------------------	------------------------	------------

PRODUTO	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	0	0	0	0	0	0
CHL:	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0
CRIO:	0	0	0	0	0	0

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

5

6

7



© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

**CONTRATO Nº 011/2023- HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A **FUNDAÇÃO DOUTOR
AMARAL CARVALHO** 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 HCFAMEMA**.

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 **FUNDAÇÃO DOUTOR AMARAL CARVALHO**, inscrita no CNPJ sob nº. **50.753.755/0001-35**, com sede na **Rua Dona Silveria, 150, Chácara Braz Miráglia**, na cidade de **Jaú**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Sr. Vitorio Munerato Neto**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **9.428.785** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **828.219.418-20**, e por seu Diretor Superintendente o **Sr. Antonio Luis Cesarino de Moraes Navarro**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **9.328.327-1** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **044.878.668-04**, 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** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO HCFAMEMA**, neste ato representada pela sua Diretora Técnica **Dra. Renata Baldissera Cardoso**, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA, 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 HCFAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Fornecer os Hemocomponentes solicitados pela **CONTRATANTE** mediante a disponibilidade de estoque dos mesmos;
- 4- Proceder a modificação dos Hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas de determinados pacientes com indicação de Hemocomponentes Irradiados, lavados e aliquotados;
- 5- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) Hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ser objeto de avaliação Médica e ocorrer modificação e/ou adequação da requisição, de acordo com a necessidade;
- 6- 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 HCFAMEMA, cadastro do Serviço, 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 do Serviço Hemoterápico ou na ausência de Serviços Hemoterápicos o Alvará de funcionamento do Serviço na qual o Contrato se refere 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 HCFAMEMA, 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 e provas de compatibilidade, exceto para os Serviços cujo o pré-transfusional é realizado pela equipe do Hemocentro do HCFAMEMA) 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- Auxiliar na Captação de Doadores de Sangue Promovendo Campanhas de 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 HCFAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados conforme Legislação Vigente como, onde serão descartadas juntamente com a Relação de Bolsas Eliminadas (RBE) CONFORME ANEXO II devidamente assinada pelo Médico Responsável;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HCFAMEMA, impreritavelmente 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, data, tipo e número de identificação da Bolsa do Hemocomponente Transfundido;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HCFAMEMA até o 5º dia útil do mês subsequente:
 - a- A ficha de Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT) ANEXO II REGISTROS, com TODOS os dados do paciente receptor corretamente preenchidos garantindo a rastreabilidade de produtos;
 - b- A ficha de Relação de Bolsas Eliminadas (RBE), com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- 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 ou detectar a contaminação bacteriana em 100% dos componentes plaquetários transfundidos.
- 2- Recomenda-se que o Serviço possua insumos para desleucotização de Concentrado de Plaquetas. Na ausência desta possibilidade o Contrato poderá fornecer o insumo mediante o ressarcimento do custo do mesmo.

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**.

§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**.

§3º - Mediante a disponibilidade do Setor de Estoque do Hemocentro do HCFAMEMA, a **CONTRATADA**, poderá atender a demanda de Bolsas Fenotipadas, conforme as situações abaixo:

Portadores de Anemias Falciforme e Talassemia	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Doente Renal Crônico com possibilidade de Transplante	Rh (C, c, E, e) e Kell, Kidd e Duffy
Síndrome Melodisplásica (SMD)	Rh (C, c, E, e) e Kell

Para as demais patologias não será fornecido Bolsas Fenotipadas exceto quando o paciente for aloimunizado.

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 do Boleto Bancário deverá ser enviado juntamente com informações da fatura a que se refere, para o e-mail: financeiro1@famar.org.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 - Em época de crise de estoque, as quantidades de Hemocomponentese, principalmente por tipo sanguíneo serão disponibilizadas após análise de prioridade, conforme a necessidade do paciente.

§3º - 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.

§4º - 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.

§5º - A **CONTRATANTE** será responsável pela Identificação, investigação e notificação de reações transfusionais no Sistema NOTIVISA; devendo notificar a **CONTRATADA** formalmente os casos sujeitos a investigação e rastreabilidade de doadores, produtos e processos.

§6º - A **CONTRATANTE** deverá realizar a investigação de retro vigilância dos receptores em casos de soroconversão de doadores mediante comunicação formal da **CONTRATADA** comunicando o resultado ao Hemocentro HCFAMEMA e seguinte do as ações conforme o manual de Hemo Vigilância do Ministério da Saúde e Legislação Vigente.

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 Agosto de 2023.



SR. VITORIO MUNERATO NETO
FUNDAÇÃO DOUTOR AMARAL CAVALHO



SR. ANTONIO LUIS CESARIO DE MORAES NAVARRO
FUNDAÇÃO DOUTOR AMARAL CAVALHO



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

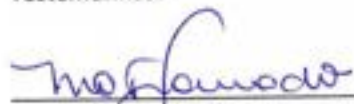


Dr. Marcos Augusto Mauad
Diretor Técnico

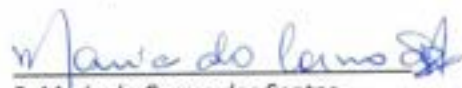


Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA

Testemunhas:



1. Marcilene de Fátima Granado
RG n.º 25.826.031-2
CPF n.º 170.459.128-70



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:	FUNDAÇÃO DOUTOR AMARAL CARVALHO				
Nome Fantasia:	FUNDAÇÃO DOUTOR AMARAL CARVALHO				
Tipo:	☒ 01- Privado ☐ 02- Público				
CNPJ:	50.753.755/0001-35				
Reg. ANS:	***	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	1458
Endereço:	RUA DONA SILVERIA, 150				
Bairro:	Ch. Braz Miraglia	Município/UF	JAÚ/SP	CEP:	17210-080
Telefone:	(14) 3602-1238 Depto. Financeiro		Fax:		
	(14) 3602-1254 Ag. Transfusional				
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DR. MARCOS AUGUSTO MAUAD				
CRM:	51.854				
Presidente/Responsável Legal:	Sr. Vitorio Munerato Neto / Sr. Antonio Luis Cesarino de Moraes Navarro				
RG:	9.428.785 /	CPF:	828.219.418-20 /	CRM:	
	9.328.327-1		044.878.668-04		
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUSIONAL:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	MARCILENE DE FATIMA GRANADO				
RG:	25.826.031-2	CPF:	170.459.128-70		

ANEXO – II

NORMA OPERACIONAL

**NORMATIVAS PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES COM OU SEM REALIZAÇÃO DE
PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**

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 HCFAMEMA, Dra. Renata Baldissera Cardoso, 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, 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 após assinatura do Contrato para se adequarem, para o cumprimento desta rotina operacional.

Art. 4º. Toda requisição/solicitação de produtos Hemoterápicos seja para transfusão ou estoque deve ser devidamente preenchidas e assinadas por Médico Solicitante ou Diretor Clínico do Serviço da **CONTRATANTE**.

Art. 5º. Em hipótese alguma será entregue produtos Hemoterápicos sem as devidas requisições/solicitações ou quando houver inconformidade entre solicitações, amostras, caixas de transporte, etc.

Art. 6º. Todos os serviços contratantes possuem a responsabilidade social de incentivar, participar e/ou promover campanhas de captação de doadores de sangue contribuindo para manutenção dos estoques de Hemocomponentes do Hemocentro do HCFAMEMA.

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE OU PARA FINS ESPECIFICOS NO SETOR DE ESTOQUE DO HEMOCENTRO DO HCFAMEMA

1.1 - Toda solicitação de Hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio -

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE).

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 14-3434-3837, para verificar a disponibilidade do atendimento.

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

1.4 - O Serviço de hemoterapia da **CONTRATANTE** deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.

1.5 - Solicitações fora do horário previamente estabelecido somente serão atendidas para **SITUAÇÕES IMPREVISTAS E EMERGÊNCIAIS** após avaliação necessitando de autorização do responsável pelo setor ou chefe de Hemoterapia. Na ausência destes, pelo plantonista do setor de Hemoterapia.

1.6 - O horário para retirada dos Hemocomponentes será das 07 às 17 horas de segunda a sexta-feira.

1.7 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer a **SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (SHE)** assinada por um Médico do Serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital Solicitante.

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS COM COMPATIBILIZAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH) com assinatura e carimbo do Médico Solicitante.

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

2.3 - Na Medida do possível a unidade solicitante deverá fazer contato telefônico prévio para o setor pertinente, Agência Transfusional do HCII (14-3434-2525 – Ramal 1500).

2.4 – As amostras devem ser coletadas em tubos primários (3 ml em EDTA e 5 ml em tubo de seco com gel) preferencialmente coletadas de acesso venoso periférico. Os tubos devem ser devidamente identificados com Nome Completo do paciente (sem abreviações) número do Registro Hospitalar ou Data de Nascimento, Data da Coleta e Nome do coletador. Em caso de acesso venoso difícil, RN ou criança, quantidades menores serão permitidas desde que previamente acordadas.

2.5 – As amostras devem ser fechadas de forma a não permitir derramamento durante o transporte.

2.6 – As discrepâncias entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

2.7 – O responsável pela entrega de amostras e retirada do produto deverá trazer a solicitação de Hemocomponentes assinada pelo médico do serviço de Hemoterapia ou Diretor Clínico do Hospital solicitante.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1 – Este item tratará das Solicitações 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,

3.1.1 - SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO entre 7 e 17 horas.

3.1.2 – A partir do Recebimento das amostras no Setor de Imuno-hematologia, será necessário no mínimo 12 horas para atendimento da solicitação se houver disponibilidade de Hemocomponente em estoque.

3.1.3 – Para casos específicos e complexos de fenótipos raros, o Hemocentro do HCFAMEMA se propõe a pesquisar e convocar possíveis doadores ficando o prazo em aberto dependendo da disponibilidade destes doadores específicos.

3.1.4 – As transfusões de urgências e emergências são de responsabilidade do Serviço Hemoterapico CONTRATANTE.

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

3.1.6 – Deverão ser encaminhadas amostras do paciente em tubos primários, sendo necessário:

- - 3 ml de sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo próprio para coleta (12x75mm) fechado com tampa apropriada;
- - 5 ml de sangue colhido sem anticoagulante, com gel separador, em tubo próprio para coleta (15x100mm), fechado com tampa apropriada;
- - Os tubos de amostras devem estar com rótulos, com os seguintes dados legíveis:
 - Nome completo do(a) paciente, **SEM ABREVIATURA**;
 - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
 - Data de coleta das amostras, (a temperatura de transporte das amostras deverá ser entre 10 à 25°C);
 - Nome legível da pessoa que coletou a amostra.
- - No caso do pedido ser específico para um determinado paciente, o mesmo deverá conter os seguintes dados do paciente:
 - Nome Legível e Completo (**SEM ABREVIATURA**);
 - Número do registro de internação, data de Nascimento;
 - Idade, sexo;
 - Provável diagnóstico;
 - Dados laboratoriais (Hb e Ht etc.);
 - Aspectos clínicos que justifiquem as transfusões;
 - Data da solicitação;
 - Produto Hemoterápico solicitado e respectiva quantidade.
 - Assinatura, e carimbo com o nome completo e CRM do Médico solicitante.

Observações:

- 1 - As amostras não devem ser centrifugadas e o tempo entre a coleta e a chegada até o Hemocentro do HCFAMEMA 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 - O envio de hemácias fenotipadas após a identificação de anticorpos irregulares não exime o serviço solicitante da realização dos testes pré transfusionais.
- 4 - Encaminhar - Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

IV - TRANSPORTE

- 4.1 - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos Hemocomponentes no Hemocentro do HCFAMEMA, através de um funcionário devidamente identificado assim se encarregar de cumprir a Legislação Vigente de Transporte de Material Biológico;
- 4.2 - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa, em acordo com a quantidade e produto solicitado (**não haverá empréstimo de caixas por parte do Hemocentro do HCFAMEMA**);
- 4.3 - As caixas de Transporte devem estar de acordo com o protocolo de validação sendo que produtos que necessitem de transporte sob refrigeração devem ser encaminhado com gelo reciclável em quantidade compatível com os protocolos.

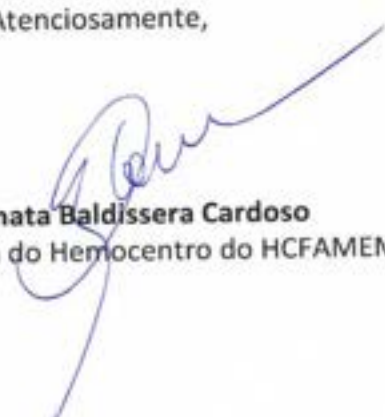
V - REGISTROS

- 5.1 - Todas as bolsas de Hemocomponentes deverão ter suas informações de solicitação e devolução ao Hemocentro HCFAMEMA através das fichas:

- Cadastro de Pacientes Transfundidos (CPT);
- Registro de Bolsas Eliminadas (RBE);
- Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE);
- Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão (SHT);
- Requisição para Transfusão em Outro Hospital (RTOH);
- Ficha de Investigação de Incidente Transfusional (FIIT);
- Planilha para Controle e Documentação de Cargas - Amostras.

- 5.2 – Os Registros serão informados pelo HCFAMEMA através do site ou solicitadas para as áreas fornecedoras via email.
- 5.3 - A impressão dos Formulários precisa ser no formato Ofício, modelo padronizado pelo Hemocentro do HCFAMEMA.
- 5.4 – A partir desta data, o não cumprimento das Normas acima estabelecidas acarretará no não fornecimento do Hemocomponente solicitado. *

Atenciosamente,



Dra. Renata Baldissera Cardoso
Diretora Técnica do Hemocentro do HCFAMEMA



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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÊUTICOS

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	284,01
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	297,57
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas		
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente		
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left and several initials on the right.



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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

AMAR

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	263,68
4.04.02.07-0	Unidade concentrado de plaquetas randômicas		
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	233,92
4.04.02.08-8	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti Hemofílico		
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- PLASMA FRESCO OU PRESERVADO

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL	255,80
4.04.02.09-6	Unidade de Plasma		
4.04.03.66-1	HBSag EIE por componente hemoterápico		
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico		
4.04.03.50-5	HIV EIE por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por hemocomponente hemoterápico		
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico		
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico		
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I + HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico		

[Handwritten signatures and initials]

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.02-9	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue	1.684,51
4.04.02.06-1	Unidade de concentrado de plaquetas por aferese	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

PRODUÇÃO HEMOCENTRO- UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADAS E IRRADIADAS

CODIGO CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL
4.04.02.04-5	Unidade de concentrado de hemácias	334,66
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrada de hemácias	
4.04.02.13-4	Irradiação de componentes hemoterápicos	
4.04.03.38-6	Pesquisa de hemoglobina S por hemocomponente	
4.04.03.66-1	HBSAg EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.46-7	Anti HBC por componente hemoterápico	
4.04.03.50-5	HIV EIE por componente hemoterápico	
4.04.03.60-2	SÍFILIS-VDRL por componente hemoterápico	
4.04.03.64-5	Chagas IFI por componente hemoterápico	
4.04.03.48-3	Anti HCV por componente hemoterápico	
4.04.03.42-4	ANTI-HTLV-I +HTLV-II determinação conjunta por componente hemoterápico	

*Taxa para lavagem de Hemocomponentes (por unidade de hemácia) : R\$170,00



FUNDAÇÃO DE APOIO A 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) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

VALORES DOS EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

Hemácias Fenotipadas, Rh, Kell e outros Fenótipos

Código CBHPM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	VALOR TOTAL = 198,00
0.04.03.14-9	Fenotipagem de outro sistema por fenótipo podendo ser multiplicado pelo numero que foi realizado (multiplicar pelo numero de fenótipos)	
4.04.03.15-7	Fenotipagem do Sistema Rh	
4.04.03.18-1	Grupo Sanguíneo ABH e Rh	
4.04.03.21-1	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias	
4.04.03.22-0	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários c/ painel de Hemácias tratadas por enzimas	
4.04.03.35-3	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste	

X

Handwritten signatures and initials in blue ink.

ANEXO - IV

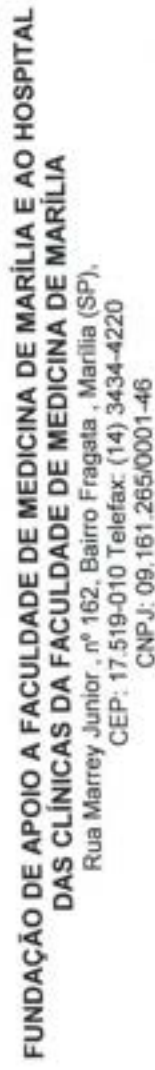
MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: _____	Período: _____ A _____	Ano: _____
--------------------	------------------------	------------

PRODUTO	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	0	0	0	0	0	0
CHL:	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	0	0	0	0
PFC:	0	0	0	0	0	0
CRIO:	0	0	0	0	0	0

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

[Handwritten signatures and initials]

2020