

**FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – REGULAR**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA, COM A INTERVENIÊNCIA DO HEMOCENTRO DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA.

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 Beneficente Hospital Universitário**, inscrita no CNPJ sob nº. **09.528.436/0001-22**, com sede na **Rua Dr. Prospero Cecílio Coimbra, 80**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente **Sra. Regina Lucia Ottaiano Losasso Serva**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **5.284.157-1** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **707.161.538-15**, com endereço especial no local acima indicado e, de outro lado, a **FUNDAÇÃO DE APOIO À 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 49 - Bairro Fragata**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pelo seu Presidente o **DR. IGOR RIBEIRO DE CASTRO BIENERT**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **1.804.237** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **093.398.827-33**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, neste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Doralice Marvulle Tan**, têm entre si justo e contratado o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

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

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

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



1/14

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO**

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

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

### **I – São obrigações da CONTRATADA:**

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

### **II – São obrigações da CONTRATANTE:**

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

*Handwritten signature and date:*  
2/14

da Saúde;

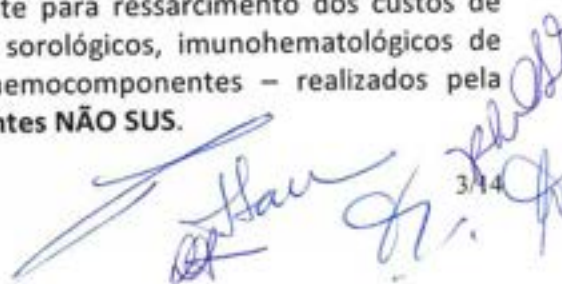
- 7- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos (Captação de Doadores, Triagem e Coleta, Processamento, Sorologia e Exames Imunohematológicos de Doadores, entre outros) relativos aos hemocomponentes produzidos e fornecidos, **que forem transfundidos em pacientes NÃO SUS;**
- 8- Responsabilizar-se pelo descarte dos cascos das bolsas utilizadas em transfusão e das amostras, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio ou da instituição a que estiver agregado. O PGRSS deve contemplar os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados, bem como as ações de proteção de saúde pública e meio ambiente.
- 9- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores, a fim de atender a demanda de sangue do Serviço;
- 10- Permitir à **CONTRATADA** a realização de auditorias por si ou por terceiros, para fins de verificação quanto à correta execução do presente contrato.
- 11- Devolver as bolsas de hemocomponentes não utilizadas ao Hemocentro do HC FAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro do HC FAMEMA, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo informações referentes aos componentes que estavam no estoque no mês anterior (ANEXO V), no qual deverá conter: nome do paciente; nome do convenio, o hemocomponente e seu número de identificação da bolsa e a data da transfusão;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do HC FAMEMA:
  - a- a ficha de Cadastro de pacientes transfundidos, com os dados preenchidos;
  - b- a ficha de relação de bolsas eliminadas, com os dados das bolsas preenchidas.
- 14- Conceder caução em favor da **CONTRATADA**, como condição de eficácia, na hipótese de concessão de liminar ou tutela de urgência em Ação Judicial, nos termos do art. 190 do Código de Processo Civil.

### III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

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

### CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

Os valores mencionados neste contrato são exclusivamente para ressarcimento dos custos 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**.



3/14

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

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

#### **CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO**

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE**

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA**

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



4/14

#### 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 90 (noventa) 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 90 (noventa) 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.



5/14

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

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO


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

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

Marília, 03 de junho de 2019



REGINA LÚCIA OTTAIANO LOSASSO SERVA  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



DR. IGOR RIBEIRO DE CASTRO BIENERT  
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



Dr. Carlos Henrique Bertoni Reis  
Diretor Técnico

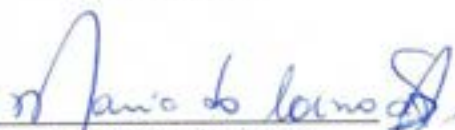


Dra Doralice Marville Tan  
Diretor Técnica de Saúde III  
D.A.S. Hemoterapia HCFAMEMA  
Hemocentro

Testemunhas:



1. Luciana Cirino Fortunato  
RG n.º 33.215.193-1  
CPF n.º 291.128.878-54



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:	<b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>				
Nome Fantasia:	<b>HOSPITAL BENEFICENTE UNIMAR</b>				
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> 01- Privado <input type="checkbox"/> 02- Público				
CNPJ:	<b>09.528.436/0001-22</b>				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	<b>ISENTA</b>	Insc. Municipal:	<b>41076</b>
Endereço:	<b>Rua Dr. Prospero Cecílio Coimbra, 80</b>				
Bairro:	<b>Jd. São Gabriel</b>	Município/UF	<b>Marília/SP</b>	CEP:	<b>17525-160</b>
Telefone:	<b>(14) 2105-4524</b>		Fax:		
Email:	<b><u>transfusional@abhu.com.br</u></b>				
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	<b>Carlos Henrique Bertoni Reis</b>				
CRM:	<b>120868</b>				
Presidente/Responsável Legal: <b>PROVEDOR</b>	<b>Regina Lúcia Ottaiano Losasso Serva</b>				
RG:	<b>5.284.157-1</b>	CPF:	<b>707.161.538-15</b>	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
<b>Luciana Cirino Fortunato - 07:00 as 16:00</b>					
<b>Guilherme Nakassima - 07:00 as 13:00</b>					
<b>Renata Moro Oliveira / Darany Carles - 13:00 as 19:00</b>					
<b>Danielle Carlos Latorre / Edin Barbosa dos Santos - 19:00 as 07:00</b>					
<b>Sueli Aparecida da Silva – FOLGUISTA</b>					
Nome da Testemunha:	<b>Luciana Cirino Fortunato</b>				
RG:	<b>33.215.193-1</b>	CPF:	<b>291.128.878-54</b>		

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

**ANEXO - II**

**NORMA OPERACIONAL**

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

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

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

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

**I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE**

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

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

**1.3** - As solicitações para estoque serão avaliadas e atendidas no mesmo dia conforme a disponibilidade dos hemocomponentes. O serviço de hemoterapia da Contratante deve se preocupar em manter um estoque de segurança evitando solicitações fora do horário previamente estabelecido.



8/14



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

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

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

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

1.8 - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro do HC FAMEMA.

## II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

2.1 - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da solicitação de hemocomponentes para transfusão 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 - Em caso de discrepância entre os dados da amostra e os dados da solicitação implicará no não atendimento da solicitação e descarte da amostra.

## III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

### 3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

3.1.1 - Solicitação de hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de concentrado de hemácias



9/14

fenotipados, **SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO** entre 7 e 17 horas e será necessário no mínimo 12 horas para disponibilizar o solicitado se estiver em estoque.

**3.1.2** - As urgências após o horário estabelecido de cláusula anterior são de responsabilidade do serviço hemoterápico solicitante.

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

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

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

- sangue colhido sem anticoagulante, em tubo de ensaio fechado com rolha de borracha;

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

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

**3.1.5** – A Contratante deverá transportar as amostras em caixa específica, conforme Legislação Vigente, portando termômetro de máxima e mínima que garante a temperatura entre 10 a 25° C.

#### **Observações:**

**1** - As amostras não devem ser centrifugadas e o tempo entre a coleta e a chegada até o Hemocentro do HC FAMEMA não deve ultrapassar 12 horas.

**2** - A quantidade de sangue das amostras deverá ser combinada previamente com o Laboratório de Imunohematologia através do telefone 14-3402-1864.

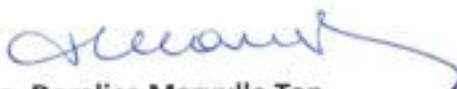
#### **V – REGISTROS**



Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the top and several smaller ones below.

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

Atenciosamente,



**Dra. Doralice Marvulle Tan**  
Diretor Técnico de Saúde III  
D.A.S. Hemoterapia HCFAMEMA  
HEMOCENTRO



11/14

**ANEXO - III**

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

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

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

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

**ANEXO - IV**

**MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES**

Instituição: HOSPITAL UNIMAR	Período: ABRIL À SETEMBRO	Ano: 2019
------------------------------	---------------------------	-----------

PRODUTO	04/2019	05/2019	06/2019	07/2019	08/2019	09/2019	MÉDIA
CH:	137	131	107	157	117	116	127,5
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	110	122	59	18	11	24	57
PFC:	44	43	22	13	11	18	25
CRIO:	28	9	7	12	7	12	18

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

*Stau*  
*[Handwritten signatures]*



FUNDAÇÃO DE APOIO À  
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Rua Marrey Júnior, nº 49, Bairro Fragata, Marília (SP),  
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3402-1833  
CNPJ: 09.161.265/0001-46

**CONTRATO Nº 003/2019 – HEMO  
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ADAMANTINA 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 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA.

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 DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ADAMANTINA**, inscrita no CNPJ sob nº. **43.002.005/0001-66**, com sede na Rua Joaquim Luiz Vian, nº 209 – Bairro Centro, na cidade de ADAMANTINA, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o Sr. **LEONARDO MUNHOZ**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **9.472.590-1** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **847.666.548-20**, 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 Júnior, nº 49 - Bairro Fragata, na cidade de Marília, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pelo seu Presidente o **DR. IGOR RIBEIRO DE CASTRO BIENERT**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **1.804.237** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **093.398.827-33**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, neste ato representado pelo seu Diretor Técnico **Dra. Doralice Marvulle Tan**, têm entre si justo e contratado o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

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

**§1º** - O fornecimento a que se refere o *caput* desta cláusula será feito pelo Hemocentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, 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 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, com a observância das regras e procedimentos previstos na legislação vigente, bem como a Norma Operacional, constante do Anexo II que fica fazendo parte do presente contrato.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

### **I – São obrigações da CONTRATADA:**

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

### **II – São obrigações da CONTRATANTE:**

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

- 7- Responsabilizar-se pelo descarte dos cascos das bolsas utilizadas em transfusão e das amostras, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio ou da instituição a que estiver agregado. O PGRSS deve contemplar os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados, bem como as ações de proteção de saúde pública e meio ambiente.
- 8- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores, a fim de atender a demanda de sangue do Serviço;
- 9- Permitir à **CONTRATADA** a realização de auditorias por si ou por terceiros, para fins de verificação quanto à correta execução do presente contrato.
- 10- Devolver as bolsas de hemocomponentes não utilizadas ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília, (de segunda a sexta-feira até às 18 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas;
- 11- Encaminhar ao Hemocentro do HC Famema, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo informações referentes aos componentes que estavam no estoque no mês anterior (ANEXO V), no qual deverá conter: nome do paciente; nome do convenio, o hemocomponente e seu número de identificação da bolsa e a data da transfusão;
- 12- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Marília:
  - a- a ficha de Cadastro de pacientes transfundidos, com os dados preenchidos;
  - b- a ficha de relação de bolsas eliminadas, com os dados das bolsas preenchidas.
- 13- 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.
- 14- Realizar a investigação de retrovigilância dos receptores em caso de soro conversão de doadores e comunicar formalmente o resultado ao hemocentro.

### III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

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

### CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

Os valores mencionados neste contrato são exclusivamente para ressarcimento dos custos de captação de doadores, coleta, processamento e exames sorológicos, imunohematológicos de doadores e pacientes realizados para o preparo dos hemocomponentes realizados pela





**CONTRATADA** e transfundidos pela **CONTRATANTE** a pacientes **NÃO SUS**.

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

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

#### **CLÁUSULA QUINTA - DO 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 depósito no **Banco do Brasil, Agência 3852-0, Conta Corrente 5162-4**, no dia 10 de cada mês, subsequente à emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

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

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

#### **CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE**

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA**

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



#### **CLÁUSULA OITAVA - DA DENÚNCIA**

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

#### **CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO**

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

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

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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



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

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


#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

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


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

Marília, 03 de Abril de 2019 2019

  
SR. LEONARDO MUNHOZ  
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ADAMANTINA


  
DR. IGOR RIBEIRO DE CASTRO BIENERT  
FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

\_\_\_\_\_  
Dr Luis Francisco Carneiro Bermal  
Diretor Técnico

  
\_\_\_\_\_  
Dra Doralice Marville Tan  
Diretora Técnica do Hemocentro

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
1. Marina Claudia Neubauer Cavaleiro  
RG n.º 33.032.113-4  
CPF n.º 306.116.238-03

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



FUNDAÇÃO DE APOIO À  
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Rua Marrey Júnior, nº 49, Bairro Fragata, Marília (SP),  
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3402-1833  
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - I

CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina				
Nome Fantasia:	Banco de Sangue de Adamantina				
Tipo:	( X ) 01- Privado ( ) 02- Público				
CNPJ:	43.002.005/0001-66				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	Isento	Insc. Municipal:	Isento
Endereço:	Rua Joaquim Luis Vian, 209				
Bairro:	Centro	Município/UF	Adamantina	CEP:	17.800-000
Telefone:	(18)3502-2200		Fax:		
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	Dr. Luis Francisco Carneiro Bernal				
CRM:	120.715				
Presidente/Responsável Legal:	Sr. Leonardo Munhoz				
RG:	9.472.590-1	CPF:	847.666.548-20	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Enfª Marina Claudia Neubauer Cavaleiro, das 7 às 13h					
Tec. Enf Franciele Justino Teixeira, das 7 às 13h					
Tec. Enf. Carolina Delvechio, das 13 às 19h					
Aux. Enf. Michele Benite Carneiro, das 13 às 19h					
Aux. Bs. Juliana Soares Malta Cabral, das 7 às 17h					
Nome da Testemunha:	Marina Claudia Neubauer Cavaleiro				
RG:	33.032.113-4		CPF:	306.116.238-03	

**ANEXO - II**

**NORMA OPERACIONAL**

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

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

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

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

**I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE**

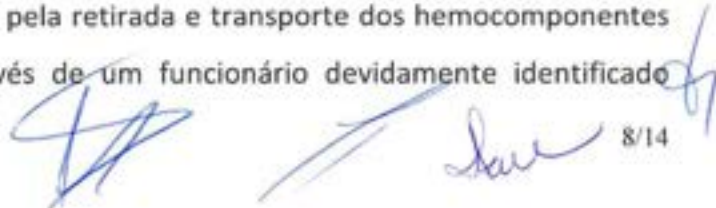
**1.1** - Toda solicitação de hemocomponente deverá ser realizada no formulário próprio - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

**1.2** - A solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda a sexta-feira até às 10:00 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3402-1854 ou 3402-1853.

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

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

**1.5** - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos hemocomponentes no Hemocentro do HC Famema, através de um funcionário devidamente identificado



e capacitado para tal fim. Só serão entregues os hemocomponentes aos familiares de pacientes, quando previamente acordado com a Contratada e desde que sejam respeitados rigorosamente as Normas de transporte de Hemocomponentes ;

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

**1.7** - O responsável pela retirada do produto deverá trazer uma caixa térmica limpa e devidamente validada, com gelo reciclável e termômetro (não haverá empréstimo por parte do Hemocentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília);

**1.8** - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília ou organizar coleta externa em parceria com o Hemocentro.

## **II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS**

**2.1** - É obrigatório o preenchimento completo de todos os itens da solicitação de hemocomponentes.

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

## **III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS**

### **3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES**

**3.1.1** - Solicitação de hemocomponente(s) destinado(s) a um determinado paciente com teste(s) de Coombs Direto ou Indireto Positivo(s), onde existe a necessidade de apoio técnico na identificação do(s) anticorpo(s) e fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, **SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO HORÁRIO** entre 07:00 e 17:00 horas e será necessário no mínimo 12 horas para disponibilizar o solicitado.

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

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



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

- sangue colhido com anticoagulante EDTA, em tubo de ensaio (12x75mm) fechado com rolha de borracha,
- sangue colhido sem anticoagulante, em tubo de ensaio (12x100mm) fechado com rolha de borracha;
- Os tubos de ensaio devem estar com rótulos com os seguintes dados legíveis:
  - Nome completo do(a) paciente;
  - Nº. do registro intra-hospitalar ou data de nascimento;
  - Data de coleta das amostras, e
  - Rubrica da pessoa que coletou a amostra.
- Deverão encaminhar solicitação preenchida em formulário específico devidamente assinado pelo Responsável Técnico.

**Observações:**

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

**V – REGISTROS**

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





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

Rua Marrey Júnior, nº 49, Bairro Fragata, Marília (SP),  
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3402-1833  
CNPJ: 09.161.265/0001-46

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

Atenciosamente,

**Dra. Doralice Marvulle Tan**  
Diretora Técnica do Hemocentro



ANEXO - III

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

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

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





**FAMAR**

Faculdade de Medicina de Marília

# FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Rua Marrey Júnior, nº 49, Bairro Fragata, Marília (SP),  
CEP: 17.519-030 Tel: (14) 3402-1833  
CNPJ: 08.161.265/0001-46

## ANEXO - IV

### MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina	Período: 01/02/2019 À 30/07/2019	Ano: 2019
--	----------------------------------	-----------

PRODUTO	(02)/(2019)	(03)/(2019)	(04)/(2019)	(05)/(2019)	(06)/(2019)	(07)/(2019)	MÉDIA
CH:	09	22	23	18	18	14	18
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	0	0	18	31	31	18	17
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.

