



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) 3434-2533
CNPJ: 09.161.265/0001-46

CONTRATO Nº. 001/2020 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR

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

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2, da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656, de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal 10.205, de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936, de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DE DRACENA**, inscrita no CNPJ sob nº. **47.617.584/0001-02**, com sede na Rua Virgílio Pagnozzi, 822, na cidade de Dracena, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o Sr. **ALTAMIR ALVES DOS SANTOS**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **6.012.616-4** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **192.563.538-49**, 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 representado pela sua Diretora Presidente a Sra. **ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portadora da Cédula de Identidade RG nº. **14.610.970-3** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pela sua Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia HC FAMEMA 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 Núcleo de Hemoterapia.

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



**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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.285/0001-46

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, deleucotização, e outras da espécie);
- 4- Solicitar, sempre que necessário, informações clínicas complementares que permitam a melhor avaliação da indicação do(s) hemocomponente(s) solicitado(s), podendo, ocorrer requisição modificada ou adequada, de acordo com a necessidade.
- 5- Ressarcimento somente dos prejuízos a que comprovadamente der causa, cabendo o ônus da prova à **CONTRATANTE**.

II – São obrigações da CONTRATANTE:

- 1- Cumprir a Legislação Vigente do Ministério da Saúde;
- 2- Manter no Hemocentro do HC FAMEMA cadastro como: Núcleo de Hemoterapia, 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 expedido pela Divisão Técnica da Vigilância Sanitária e suas posteriores renovações;
- 4- Manter área física necessária ao funcionamento do serviço de hemoterapia e quadro de pessoal sob a responsabilidade de profissional médico;
- 5- Solicitar os hemocomponentes segundo normas da **CONTRATADA**, estabelecidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, conforme ANEXO II, deste contrato;
- 6- Responder integralmente pelo transporte e conservação do sangue e seus componentes, bem como responsabilizar-se pela realização das provas pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;



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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.265/0001-46

- 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**.

§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**, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

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

§3º - Para pagamento efetuado após o vencimento, haverá multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês, como ainda correção monetária pelo IPCA ou índice que o venha a substituir, e juros de mora de 1% 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 entre as partes, obrigatoriamente mediante celebração de termo aditivo.

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.





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) 3434-2533
CNPJ: 09.161.265/0001-46

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 03 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.


Marília, 01 de Janeiro de 2020.




SR. ALTAMIR ALVES DOS SANTOS
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E
MATERNIDADE DE BRACENA



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

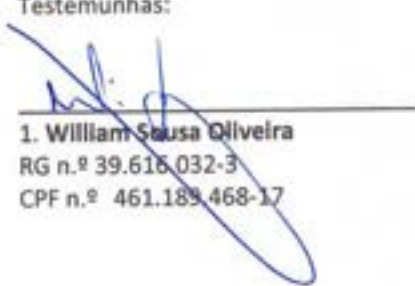


Dr. Sylvio Adir Miguel
Diretor Técnico




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

Testemunhas:



1. William Sousa Oliveira
RG n.º 39.616.032-3
CPF n.º 461.189.468-17



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



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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - I

CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DE DRACENA				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE DRACENA				
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> 01- Privado <input type="checkbox"/> 02- Público				
CNPJ:	47.617.584/0001-02				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	00714900
Endereço:	Rua Virgílio Pagnozzi nº 822				
Bairro:	Centro	Município/UF	Dracena	CEP:	17900-000
Telefone:	(18) 3821-8466		Email	diretoria@santacasadracena.com.br	
Diretor Técnico pelo Núcleo de Hemoterapia:	Dr. SYLVIO ADIR MIGUEL				
CRM:	57.648				
Presidente/Responsável Legal:	ALTAMIR ALVES DOS SANTOS				
PROVEDOR					
RG:	9.639.305	CPF:	043.824.528-80	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
APARECIDA MERCEDES MANZANO 13:00 às 19:00					
DANIEL DA CRUZ MORAES 07:00 às 11:00 / 12:00 às 16:00					
ANDRE LUIS GRATON DA COSTA 07:00 às 13:00					
SUELI DA SILVA CARVALHO 07:00 às 13:00					
TAMIRES PINHO OLIVEIRA 07:00 às 13:00					
TAIS APARECIDA DEMASO 07:00 às 13:00					
Nome da Testemunha:	WILLIAM SOUSA OLIVEIRA				
RG:	39.616.032-3		CPF:	461.189.468-17	

7/15

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

Considerando a legislação vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, a Diretora Técnica de Saúde III D.A.S Hemoterapia 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 14-3434-3837 ramal 1854 ou 3434-3824 ramal 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;





**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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.265/0001-46

1.4 - O horário para retirada dos hemocomponentes será das 07 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira. Fora dos horários estabelecidos, serão atendidos apenas os casos de Extrema Urgência dentro das disponibilidades do Estoque:

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 sejam 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, validade 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), realização de exames complementares e/ou fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, **SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO**



**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) 3434-2533
CNPJ: 09.161.265/0001-46

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: 14-3434-3831 ramal 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 14-3434-3831 ramal 1864.



**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) 3434-2533


CNPJ: 09.161.265/0001-46

V – REGISTROS

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

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

Atenciosamente.


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







**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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO - III

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

DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	VALOR R\$ Produção	VALOR R\$ Preparo	VALOR TOTAL (R\$)*
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	170,70	33,90	204,60
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	181,00	33,90	214,90
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	163,90	18,90	182,80
CRIOPRECIPITADO FATOR ANTI-HEMOFILICO	160,70	18,90	179,60
PLASMA FRESCO CONGELADO	159,40	18,90	178,30
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	1.598,50	18,90	1.617,40
CONC. HEMÁCIAS DELEUCOTIZADAS POR FILTRO	297,10	33,90	331,00
CONCENTRADO HEMÁCIAS FILTRADAS E LAVADAS	307,50	33,90	341,40
PRODUTOS IRRADIADOS – acrescentar valor final	27,68		

OBSERVAÇÃO:

- 1.) Para os **CONVÊNIOS**: UNIMED, GEAP, FUNDAÇÃO CESP, ECONOMUS, CABESP, CASSI, AMIL, SAÚDE BRADESCO, OESTE SAÚDE, SÃO FRANCISCO SAÚDE, SEGURO DPVAT e PARTICULAR / PACOTE utilizar a tabela abaixo:

DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	VALOR R\$ Produção COM Preparo	VALOR R\$ Produção SEM Preparo
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	159,50	145,90
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	162,80	149,90
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	151,80	134,20
CRIOPRECIPITADO FATOR ANTI-HEMOFILICO	160,70	144,63
PLASMA FRESCO CONGELADO	155,11	137,51
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	1.598,50	1.598,50
CONC. HEMÁCIAS DELEUCOTIZADAS POR FILTRO	297,10	267,39
CONCENTRADO HEMÁCIAS FILTRADAS E LAVADAS	307,50	276,75




 12/15



**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) 3434-2533

CNPJ: 09.161.265/0001-46

- * 01 UNIDADE SUBTENDE QUE FOI UTILIZADA 01 BOLSA DO PRODUTO.
- Para o convênio I.A.M.S.P.E. cobrar: hemocomponente com preparo – R\$.123,10, hemocomponente sem preparo – R\$.103,69.
- 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 e do estoque do Hemocentro do HC FAMEMA.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: SANTA CASA DE DRACENA	Período: JULHO a DEZEMBRO	Ano: 2019
------------------------------------	---------------------------	-----------

PRODUTO	JULHO/2019	AGOSTO/2019	SETEMBRO/2019	OUTUBRO/2019	NOVEMBRO/2019	DEZEMBRO/2019	MÉDIA
CH:	164	144	173	201	170	128	163
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	13	18	8	10	48	19	19
PFC:	24	25	24	35	34	26	28
CRIO:	0	0	0	0	0	0	0

Handwritten signature

**CONTRATO N.º. 002/2020 – HEMO
REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS**

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

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2 da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656 de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal nº. 10.205 de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936 de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DE DRACENA**, inscrita no CNPJ sob nº 47.617.584/0001-02 com sede na Rua Virgílio Pagnozzi, n.º 822, na cidade de DRACENA, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo seu Provedor, Sr. **ALTAMIR ALVES DOS SANTOS**, portador da Cédula de Identidade RG nº. 6.012.616-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº. 192.563.538-49, 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**, inscrita no CNPJ sob nº. 09.161.265/0001-46, com sede na Rua Marrey Junior, 162 – Bairro Fragata, na cidade de Marília, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pela sua Diretora Presidente a Sra. **ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portador da Cédula de Identidade RG nº. 14.610.970-3 inscrito no CPF/MF sob o nº. 064.282.038-47, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pela sua Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia HC FAMEMA **Dra. Doralice Marvulle Tan**, têm entre si justos e contratados o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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

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



CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I - São obrigações da **CONTRATADA**:

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

II - São obrigações da **CONTRATANTE**:

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

instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;

- 6- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos relativos aos exames sorológicos realizados em amostras de bolsas de sangue **transfundidos em pacientes NÃO SUS**, conforme tabela do ANEXO III, deste contrato;
- 7- Encaminhar ao **Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília**, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo: número da bolsa transfundida, nome do paciente, nome do convênio, componentes utilizados, o tipo de atendimento, conforme ANEXO V, deste contrato; estas informações serão utilizadas para justificar o não ressarcimento da sorologia realizada em componentes que forem transfundidos a pacientes SUS;
- 8- Não fornecer, em nenhuma hipótese, amostras de doadores de sangue para realização de exames sorológicos a outros estabelecimentos de saúde, ainda que conveniados ou contratados com a **CONTRATADA**, sob pena de ensejar a imediata rescisão contratual;
- 9- Conceder caução em favor da **CONTRATADA**, como condição de eficácia, na hipótese de concessão de liminar ou tutela de urgência em Ação Judicial, nos termos do art. 190 do Código de Processo Civil.

III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

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

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

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

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

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



CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

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

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes **NÃO SUS**, será feito pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

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

§3º - Para pagamento efetuado após o vencimento, haverá multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês, como ainda correção monetária pelo IPCA ou índice que o venha a substituir, e juros de mora de 1% 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 entre as partes, obrigatoriamente mediante celebração de termo aditivo.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

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

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA

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

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

Este contrato poderá ser rescindido por acordo entre as partes ou, unilateralmente, por

qualquer delas, desde que aquela que assim o desejar comunique à outra por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das atividades em andamento.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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




CLÁUSULA DÉCIMA 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 03 (três) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas, e para um só efeito.

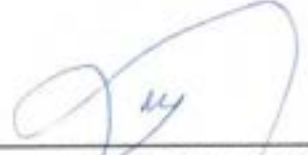
Marília, 01 de Janeiro de 2020.



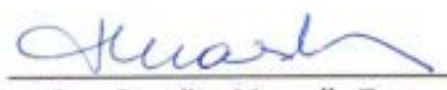
SR. ALTAMIR ALVES DOS SANTOS
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E
MATERNIDADE DE DRACENA



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

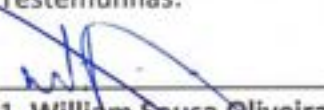


Dr. SYLVIO ADIR MIGUEL
Diretor Técnico

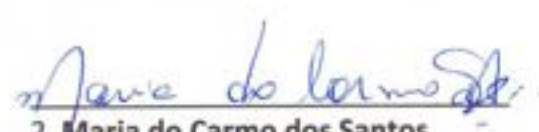


Dra. Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA

Testemunhas:



1. William Sousa Oliveira
RG n.º 39.616.032-3
CPF n.º 461.189.468-17



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 MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DE DRACENA					
Nome Fantasia:		SANTA CASA DE DRACENA					
Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> 01- Privado <input type="checkbox"/> 02- Público							
CNPJ:	47.617.584/0001-02						
Reg. ANS:		Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	00714900		
Endereço:		Rua Virgilio Pagnozzi, nº 822					
Bairro:	Centro	Município/UF	Dracena	CEP:	17900.000		
Telefone:	(18) 3821-8466		email	diretoria@santacasadracena.com.br			
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:		Dr. SYLVIO ADIR MIGUEL					
CRM:	57648						
Provedor/Responsável Legal:			ALTAMIR ALVES DOS SANTOS				
PROVEDOR							
RG:	6.012.616-4	CPF:	192.563.538-49	CRM:			
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:							
APARECIDA MERCEDES MANZANO 13:00 às 19:00							
DANIEL DA CRUZ MORAES 07:00 às 11:00 / 12:00 às 16:00							
ANDRE LUIS GRATON DA COSTA 07:00 às 13:00							
SUELI DA SILVA CARVALHO 07:00 às 13:00							
TAMIRES PINHO OLIVEIRA 07:00 às 13:00							
TAIS APARECIDA DEMASO 07:00 às 13:00							
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.							
Nome da Testemunha:		WILLIAM SOUSA OLIVEIRA					
RG:	39.616.032-3	CPF:	461.189.468-17				



ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

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

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

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

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

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

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

1.2 - A solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada de segunda a sexta-feira até às 10 horas. Deverá ser realizado contato prévio através dos telefones 14-3434-3837 ramal 1854 ou 3434-3824 ramal 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.

1.4 - O horário para retirada dos hemocomponentes será das 07 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira. Fora dos horários estabelecidos, serão atendidos apenas os casos de Extrema Urgência dentro da disponibilidades do estoque.

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 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: 14-3434-3831 ramal 1864.

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

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

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

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



9/14

- Nome completo do(a) paciente (sem abreviatura);
- 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, portanto termômetro de máxima e mínima que garante a temperatura entre 10 à 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 14-3434-3831 ramal 1864.

3.2 - REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

3.2.1 - O serviço com o qual o Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília mantém contrato de fornecimento de hemocomponentes com provas pré-transfusionais deverá encaminhar a amostra do paciente para a Agência Transfusional do HMI – Hospital Materno Infantil (HC-II) fazendo um contato prévio através do telefone 14-3434-2525 ramal 1500;

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

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

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

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

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

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

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

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

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



- Os tubos deverão chegar fechados com as tampas originais no Laboratório de Sorologia.
 - Acondicionar os tubos com as amostras em grades de PVC, em caixa térmica refrigerada com gelo reciclável e hermeticamente fechada, identificada com o local de origem.
- 4.5 - O Hemocentro do HC FAMEMA receberá as amostras das 7 horas às 15 horas, de segunda a sexta-feira no Laboratório de Sorologia.
- 4.6 - O recebimento aos sábados, domingos e feriados, será efetuado mediante prévia comunicação pela origem ao laboratório de Sorologia, com antecedência de no mínimo 24 horas para as orientações necessárias.
- 4.7 - Os resultados serão emitidos conforme o recebimento, sendo que as amostras que forem recebidas conforme o item 4.5 desta portaria terão seus resultados liberados entre 24 e 48 horas, e as recebidas conforme o item 4.6 estarão disponíveis em 72 horas. Caberá ao Hemocentro do HC FAMEMA redefinir estes critérios conforme avaliação técnica da rotina operacional do Laboratório de Sorologia.
- 4.8 - O recebimento de amostras em tubos com plasma está condicionado à autorização prévia do Laboratório de Sorologia.
- 4.9 - Não enviar amostras lipêmicas, hemolisadas e com discrepância de cor, pois as mesmas não serão processadas.
- 4.10 - As amostras deverão ser mantidas sob congelamento (-20°C) na origem.

V – REGISTROS

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

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 Marville Tan

Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia do HC FAMEMA

Anexo III

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

TUSS	DENOMINAÇÃO	VALOR C/ REDUTOR (R\$)
4.04.03.42-4	ANTI HTLVI + HTLVII	22,61
4.04.03.44-0	CHAGAS EIE	10,82
4.04.03.46-7	ANTI HBc	10,52
4.04.03.48-3	ANTI HCV	23,06
4.04.03.50-5	HIV I E II – EIE 1.º TESTE	21,44
4.04.03.50-5	HIV I E II – EIE 2.º TESTE	21,44
4.04.03.60-2	SÍFILIS – VDRL	2,16
4.04.03.66-1	HBSAg EIE	9,75
TOTAL		121,80

OBSERVAÇÕES:

- 1.) São realizados os testes do NAT para Hepatite C e B e para o HIV. Testes estes feitos conforme orientações do Ministério da Saúde e se ocorrer determinação legal para o ressarcimento estes valores serão ajustados.
- 2.) **CONVÊNIOS** (Pacote): UNIMED, GEAP, FUNDAÇÃO CESP, ECONOMUS, CABESP, CASSI, AMIL, SAÚDE BRADESCO, OESTE SAÚDE, SÃO FRANCISCO SAÚDE e SEGURO DPVAT será cobrado o valor de R\$.96,80 (noventa e seis reais e oitenta centavos).
- 3.) **PARTICULAR** (Pacote): será cobrado o valor de R\$.82,50 (oitenta e dois reais e cinquenta centavos).
- 4.) **IAMSPE** (Pacote): será cobrado o valor de R\$.75,00 (setenta e cinco reais). *✱*

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO IV

MÉDIA DE CONSUMO DE SOROLOGIA

Instituição: SANTA CASA DE DRACENA	Período: JULHO a DEZEMBRO	Ano: 2019
------------------------------------	---------------------------	-----------

QUANTIDADE DE AMOSTRAS ENCAMINHADAS PARA SOROLOGIAS	JULHO/2019	AGOSTO/2019	SETEMBRO/2019	OUTUBRO/2019	NOVEMBRO/2019	DEZEMBRO/2019	MÉDIA
	235	238	222	169	237	296	233

Am
fi
Stanc
Am



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

Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),

CEP: 17.519-010 Tele: (14) 3402-1833

CNPJ: 09.161.265/0001-46

CONTRATO Nº 003/2020 – HEMO
FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – EVENTUAL E REGULAR
(determinar conforme Contrato)

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

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2, da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656, de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal 10.205, de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936, de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS**, inscrita no CNPJ sob nº. **51.660.082/0001-31**, com sede na **Rua Pedro de Toledo, nº 486**, na cidade de **Lins**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Sr. JOSÉ APARECIDO DA MOTA**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **182196-36** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **096.227.068-78**, 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 pelo seu Presidente a **SRª. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **14.610.970-3** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pelo seu Diretora Técnica DE Saúde III D.A.S.Hemoterapia HCFAMEMA Hemocentro **Dra. Doralice Marville Tan**, têm entre si justo e contratado o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I – São obrigações da CONTRATADA:

- 1- Captar e selecionar doadores;
- 2- Coletar, processar, analisar e fornecer hemocomponentes de acordo com a disponibilidade de estoque, com testes sorológicos negativos, identificação de grupos sanguíneos e pesquisa de anticorpos irregulares, mediante documento próprio do Hemocentro do HC FAMEMA (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Proceder 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- 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- Cumprir e fazer cumprir a Legislação vigente do Ministério da Saúde;
- 3- Apresentar, no ato da assinatura deste contrato, Alvará de Funcionamento do Serviço Hemoterápico expedido pela Divisão Técnica da Vigilância Sanitária e suas posteriores renovações;
- 4- Manter área física necessária ao funcionamento do serviço de hemoterapia e quadro de pessoal sob a responsabilidade de profissional médico;
- 5- Solicitar os hemocomponentes segundo normas da **CONTRATADA**, estabelecidas pelo Hemocentro do HC FAMEMA, conforme ANEXO II, deste contrato;
- 6- Responder integralmente pelo transporte e conservação do sangue e seus componentes, bem como responsabilizar-se pela realização das provas pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;

- 7- Ressarcir a **CONTRATADA** pelo custo dos procedimentos (Captação de Doadores, Triagem e Coleta, Processamento, Sorologia e Exames Imunohematológicos de Doadores, entre outros) relativos aos hemocomponentes produzidos e fornecidos, **que forem transfundidos em pacientes NÃO SUS;**
- 8- Responsabilizar-se pelo descarte dos cascos das bolsas utilizadas em transfusão e das amostras, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio ou da instituição a que estiver agregado. O PGRSS deve contemplar os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos gerados, bem como as ações de proteção de saúde pública e meio ambiente.
- 9- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores, a fim de atender a demanda de sangue do Serviço;
- 10- Permitir à **CONTRATADA** a realização de auditorias por si ou por terceiros, para fins de verificação quanto à correta execução do presente contrato.
- 11- Devolver as bolsas de hemocomponentes não utilizadas ao Hemocentro do HC FAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília, 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**.

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

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

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR

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

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes NÃO SUS, será feito pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante 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.



4/14



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

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

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, 05 de 12 de 2020



SR. JOSÉ APARECIDO DA MOTA
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS



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. RAMON CANELOORO PEDROSO DE MORAES
Diretor Técnico



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


Testemunhas:




1. Rogério Canoto da Silva
RG n.º 29.613.485-5
CPF n.º 260.415.568-07



Assoc. Hosp. Sta. Casa de Lins
Lourdval Fernandes
Diretor Executivo



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



Danilo Gustavo Pereira
Advogado - Depto. Jurídico
Santa Casa de Lins
OAB/SP 225.223



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

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

ANEXO - I

CADASTRO DE ENTIDADES JURÍDICAS

Razão Social:	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE LINS				
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> 01- Privado <input type="checkbox"/> 02- Público				
CNPJ:	51.660.082/0001-31				
Reg. ANS:	30.604-5	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	00714900
Endereço:	RUA : PEDRO DE TOLEDO Nº 486				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	LINS	CEP:	16403-265
Telefone:	(14)3533-2500		Email	administracao@santacasalins.com.br	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DRº RAMON CANDELORO PEDROSO DE MORAES				
CRM:	140814				
Presidente/Responsável Legal: PROVIDOR	JOSÉ APARECIDO DA MOTA				
RG:	182196-36	CPF:	096.227.068-78	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
Aline Aparecida Batista – Biomédica – 07:00 às 16:30					
Amanda Rafaela Vieira Gomes de Lima – Téc. Enfermagem – 19:00 às 07:00					
Andréia Michelle Batista – Téc. Enfermagem - Folguista					
Maricene Aparecida Grassi Malta Correa – Téc. Enfermagem – 19:00 às 07:00					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	ROGERIO CANUTO DA SILVA				
RG:	29.613.485-5	CPF:	260.415.568-07		

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

Considerando a legislação vigente referente à Consolidação nº 5 ou a que vier substituí-la e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, o diretor técnico do Hemocentro do HC FAMEMA, Dra. Doralice 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, realização do controle da LCQ qualidade de hemocomponentes produzidos.

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

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

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

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

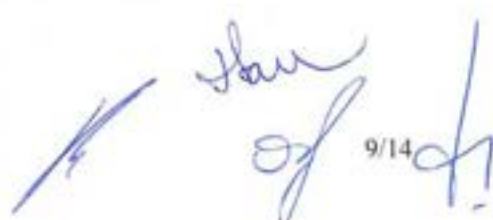
2.2 - A falta de preenchimento de qualquer um dos campos implicará no não atendimento da solicitação.

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

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

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



9/14

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

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


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

Observações:

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

V – REGISTROS

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



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right, a signature below it, and several initials and a date '10/14' at the bottom right.



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

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

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 Marville Tan
Diretora Técnica de Saúde D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro

ANEXO - III

**** TABELA DE CUSTOS – HEMOCOMPONENTES**

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
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS

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

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

ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS	Período: Abril A Julho	Ano: 2020
--	------------------------	-----------

PRODUTO	04 e 05/2020	06/2020	07/2020	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	(mês)/(ano)	MÉDIA
CH:	113	84	153	0	0	0	58,3
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	38	21	53	0	0	0	15,3
PFC:	9	18	13	0	0	0	6,7
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 in blue ink.



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

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

FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES – REGULAR

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA 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 HC.FAMEMA.

Pelo presente instrumento de contrato, que se faz necessário para cumprir o artigo 199, parágrafo 2, da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 9656, de 03 de junho de 1998 e suas resoluções, a Lei Federal 10.205, de 21 de março de 2001, a Lei Estadual nº. 10.936, de 19 de outubro de 2001, Portaria nº. 1737 de 19 de agosto de 2004 – publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de abril de 2005 e legislações vigentes referentes aos serviços hemoterápicos durante o período de validade do contrato, que de um lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA**, inscrita no CNPJ sob nº. **52.049.244/0001-62**, com sede na **Av. Vicente Ferreira, 828**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Presidente o **Sr. NORIVAL CARNEIRO RODRIGUES**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **3.638.662** e inscrita no CPF/MF sob o nº. **250.318.728-53**, 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 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 HC.FAMEMA**, 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 e hemoderivados 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 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 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 HC-FAMEMA, (Guia de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados);
- 3- Proceder a modificação dos hemocomponentes para adequá-los às necessidade específicas de determinados pacientes (irradiação, deleucotização, 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 HC-FAMEMA cadastro como: Agência Transfusional, com dados do responsável técnico, conforme ANEXO I, deste contrato, o qual deverá ser atualizado anualmente, ou sempre que necessário;
- 3- Apresentar, no ato da assinatura deste contrato, Alvará de Funcionamento do Serviço Hemoterápico 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 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



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 HC-FAMEMA, (de segunda a sexta-feira até às 17:00 horas), devidamente embaladas em sacos brancos identificados como **PRODUTO POTENCIALMENTE CONTAMINADO**, onde serão descartadas;
- 12- Encaminhar ao Hemocentro HC-FAMEMA, impreterivelmente até o 5º dia útil de cada mês relatório contendo informações referentes aos componentes que estavam no estoque no mês anterior (ANEXO V), no qual deverá conter: nome do paciente; nome do convenio, o hemocomponente e seu número de identificação da bolsa e a data da transfusão;
- 13- Devolver ao setor de estoque e distribuição do Hemocentro 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



3/14



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

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

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 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 prazo de 30(trinta) dias, após a emissão da respectiva fatura, elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

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

§3º - Para 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 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

§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, 01 de outubro de 2020.




SR. NORIVAL CARNEIRO RODRIGUES
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA



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

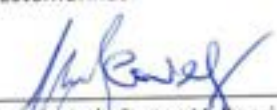


Dr. Júlio Roberto Correa
Diretor Técnico

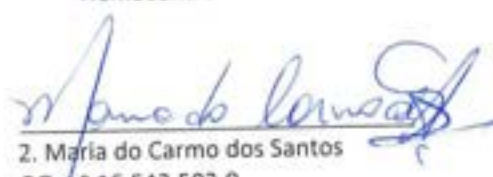


Dra Doralice Marville Tan
Diretor Técnico de Saúde III
D.A.S. Hemoterapia HCFAMEMA
Hemocentro

Testemunhas:



1. João Luis Castro Verucci
RG n.º 25.445.552-9
CPF n.º 170.383.528-06



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 Junior, 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 MARÍLIA				
Nome Fantasia:	SANTA CASA DE MARÍLIA				
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> 01- Privado <input type="checkbox"/> 02- Público				
CNPJ:	52.049.244/0001-62				
Reg. ANS:		Insc. Estadual:		Insc. Municipal:	17626
Endereço:	AVENIDADE VICENTE FERREIRA, 828				
Bairro:	CASCATA	Município/UF	MARÍLIA/SP	CEP:	17.515.900
Telefone:	(14)3402-5555		Fax:	(14)3402-5559	
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DR. JÚLIO ROBERTO CORREA				
CRM:	30752				
Presidente/Responsável Legal: PROVEDOR	MILTON TÉDDE				
RG:	2.258.469-9	CPF:	139.878.108.82	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT - AGENCIA TRANSFUNCIONAL:					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	JOÃO LUÍS CASTRO VELLUCCI				
RG:	25.445.552-9	CPF:	170.383.528-06		

[Handwritten signatures and date]
7/14

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 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. Fora dos horários estabelecidos, serão atendidos apenas os casos de Extrema Urgência dentro da disponibilidades do Estoque.
- 1.5** - Hospital solicitante é o responsável pela retirada e transporte dos hemocomponentes no Hemocentro 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 HC-FAMEMA);
- 1.8** - O serviço hemoterápico solicitante deverá realizar captação de doadores e encaminhá-los ao Hemocentro 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), realização de exames complementares e/ou fornecimento de concentrado de hemácias fenotipados, **SOMENTE SERÃO RECEBIDOS NO**



9/14

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 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 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

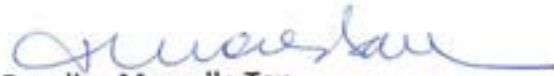


10/14

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

5.2 – Todas as amostras enviadas ao Hemocentro do HCFAMEMA 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



ANEXO - III

**** TABELA DE CUSTOS – HEMOCOMPONENTES**

DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	VALOR Produção	VALOR PREPARO	VALOR TOTAL (R\$)*
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	202,69	44,18	246,87
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	215,85	44,18	260,03
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	187,67	24,62	212,29
CRIOPRECIPITADO FATOR ANTI-HEMOFILICO	187,67	24,62	212,29
PLASMA FRESCO CONGELADO	187,67	24,62	212,29
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	1.694,07	24,62	1.718,69
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS	377,04	44,18	421,22
CONC. HEMÁCIAS FILTRADAS E LAVADAS	390,50	44,18	434,68
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 e do Estoque do Hemocentro.



ANEXO - IV

MÉDIA DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição: SANTA CAS DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA	Período: JULHO A DEZEMBRO	Ano: 2018
--	---------------------------	-----------

PRODUTO	07/2018	08/2018	09/2018	10/2018	11/2018	12/2018	MÉDIA
CH:	252	250	242	305	250	216	252
CHL:	0	0	0	0	0	0	0
CP5:	98	54	142	164	127	28	102
PFC:	86	0	11	40	39	05	30
CRIO:	0	06	20	44	0	10	13

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



