



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

**CONTRATO Nº 003/2021- HEMO
REALIZAÇÃO DE EXAMES SOROLÓGICOS**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A IRMANDADE
DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
ADAMANTINA , E A FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA 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 DE ADAMANTINA**, inscrita no CNPJ sob nº **43.002.005/0001-66**, com sede na **Rua Joaquim Luiz Vian, n.º 209**, na cidade de **Adamantina**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo seu Provedor, **Sr. LEONARDO MUNHOZ**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **9.472.590-1** e inscrito no CPF/MF sob o nº. **847.666.548-20**, com endereço especial no local acima indicado e, de outro lado, a **FUNDAÇÃO DE APOIO À FACULDADE DE MEDICINA DE MARILIA E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. **09.161.265/0001-46**, com sede na **Rua Marrey Junior, 162 - Bairro Fragata**, na cidade de **Marília**, Estado de **São Paulo**, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada pelo seu Presidente a **Srª. ELOISA HELENA MARTINEZ CAPEL GELSI**, portador da Cédula de Identidade RG nº. **14.610.970-3** inscrito no CPF/MF sob o nº. **064.282.038-47**, com endereço especial no local acima indicado, com interveniência do **HEMOCENTRO DO HC FAMEMA**, neste ato representado pela sua Diretora Técnica de Saúde III D.A.S. Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro **Dra. Doralice Marvulle Tan**, têm entre si justos e contratados o presente Contrato, que se regerá pelas Cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DA FORMA DE EXECUÇÃO

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

I - São obrigações da CONTRATADA:

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

II - São obrigações da CONTRATANTE:

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



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46


pré-transfusionais (pesquisas de anticorpos irregulares, identificação de grupos sanguíneos ABO, fator RH, teste de hemólise, e provas de compatibilidade), pela instalação e pelo seguimento adequado da transfusão, pelo registro das transfusões, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde;

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

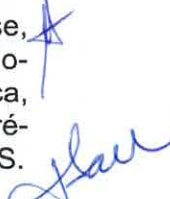
III – Recomendações à **CONTRATANTE**:

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

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

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

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

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



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO

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

§1º - O pagamento pelos serviços prestados a pacientes NÃO-SUS será feito pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** mediante Boleto Bancário, no dia 25 de cada mês, subsequente à emissão da respectiva fatura elaborada em conformidade com as Guias de Fornecimento de Sangue e Hemoderivados, expedidas por ocasião do seu fornecimento, fichas de cadastro de pacientes transfundidos encaminhados pela **CONTRATANTE** e o ANEXO V, deste Contrato.

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DO REAJUSTE

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

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

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

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA

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



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
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 **CONTRATADA** independentemente de qualquer notificação ou interpelação, podendo ainda, a critério desta última, implicar em rescisão deste contrato, sendo, neste caso, necessário uma notificação.

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

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

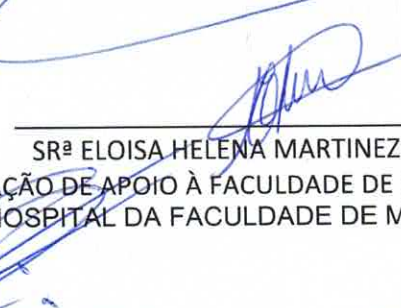
Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste Contrato que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes, fica eleito o foro da comarca de Marília, Estado de São Paulo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Marília, 29 de fevereiro de 2021



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



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




DR. Luis Francisco Carneiro Bermal
Diretor Técnico

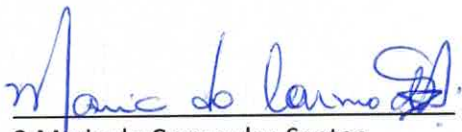


Dra Doralice Marvulle Tan
Diretora Técnica de Saúde III D.A.S.
Hemoterapia HC FAMEMA Hemocentro

Testemunhas:



1. Aline de Moraes Pereira
RG n.º 45.141.061-0
CPF n.º 369.224.168-21



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 DE ADAMANTINA
---------------	--



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

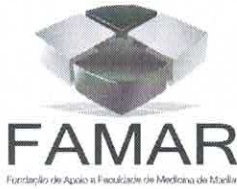
Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

Nome	BANCO DE SAGUE DE ADAMANTINA				
Fantasia:					
Tipo: (X) 01- Privado () 02- Público					
CNPJ:	43.002.005/0001-66				
Reg. ANS:	-----	Insc. Estadual:	ISENTO	Insc. Municipal:	500677700
Endereço:	RUA JOAQUIM LUIZ VIAN, 209				
Bairro:	CENTRO	Município/UF	ADAMANTINA/SP	CEP:	17.800-000
Telefone:	(18) 3502-2200		Email	bs@santacasadeadamantina.com.br	
Fax:	(18) 3502-2201				
Diretor Técnico pela Agência Transfusional:	DR. LUIS FRANCISCO CARNEIRO BERMAL				
CRM:	120.751				
Provedor/Responsável Legal:	LEONARDO MUNHOZ				
RG:	9.472.590-1	CPF:	847.666.548-20	CRM:	
Observações: NOME E HORÁRIO DOS FUNCIONÁRIOS DA AT:					
ENFª MARINA CLAUDIA NEUBAUER CAVALERO: 07 ÀS 17H;					
TEC. ENF. CAROLINA DELVECHIO: 13 ÀS 19 H;					
TEC. ENF. FRANCIELE JUSTINO TEIXEIRA: 07 ÀS 13 H;					
TEC. ENF. MICHELE CARNEIRO BENITE: 07 ÀS 13 H;					
TEC. ENF. JESSICA DULCILENE DOS SANTOS SANCHES: 13 ÀS 19 H;					
AUX. BS. JULIANA SOARES MALTA CABRAL: 07 ÀS 17 H.					
Favor colocar os dados de alguém que assinará o contrato como testemunha.					
Nome da Testemunha:	ALINE DE MORAES PEREIRA				
RG:	45.141.061-0	CPF:	369.224.168-21		

ANEXO - II

NORMA OPERACIONAL

Considerando a legislação vigente e a necessidade de ajustar e normatizar as rotinas para a adequação do serviço à norma ISO9001, o diretor técnico do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília de Marília, Dra. Doracice Marville



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

Tan, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, resolve: adotar a seguinte rotina operacional e determina a sua divulgação:

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

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

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

I - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE

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

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

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

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

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

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

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

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



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

II - SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA FINS TRANSFUSIONAIS

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

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

III - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS

3.1 – PROCEDIMENTOS IMUNOHEMATOLÓGICOS COMPLEMENTARES

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

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

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

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.

3.2 - REALIZAÇÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

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. ch.

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

Atenciosamente,

Dra. Doralice Marvulle Tan

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

Anexo III

**** TABELA DE CUSTOS – EXAMES SOROLOGICOS ****

TUSS	DENOMINAÇÃO	VALOR C/ REDUTOR (R\$)
4.04.03.42-4	ANTI HTLVI + HTLVII	29,45

4.04.03.44-0	CHAGAS EIE	14,08
4.04.03.46-7	ANTI HBc	13,69
4.04.03.48-3	ANTI HCV	30,02
4.04.03.50-5	HIV I E II- EIE 1.º TESTE	27,92
4.04.03.50-5	HIV I E II – EIE 2.º TESTE	27,92
4.04.03.60-2	SÍFILIS – VDRL	2,81
4.04.03.66-1	HBSAg EIE	12,74
TOTAL		<u>158,64</u>

OBSERVAÇÕES:

- 1.) São realizados os testes do NAT para Hepatite C e B e para o HIV. Testes estes feitos conforme orientações do Ministério da Saúde e se ocorrer determinação legal para o ressarcimento estes valores serão ajustados.
- 2.) Convênios (Pacote) - UNIMED, GEAP E SEGURO DEPVAT será cobrado o valor de **R\$ 126,07** (cento e vinte e seis reais e sete centavos).
- 3.) PARTICULAR (Pacote) será cobrado o valor de **R\$ 97,06** (noventa e sete reais e seis centavos)
- 4.) IAMSPE (Pacote) será cobrado o valor de **R\$ 75,00** (setenta e cinco reais).



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: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO IV

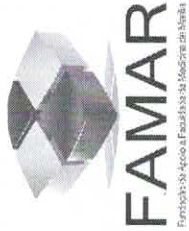
MÉDIA DE CONSUMO DE SOROLOGIA

Instituição: BANCO DE SANGUE DE ADAMANTINA	Período: 08/2020 A 01/2021	Ano: 2021
--	----------------------------	-----------

QUANTIDADE DE AMOSTRAS ENCAMINHADAS P/ SOROLOGIAS	08/2020	09/2020	10/2020	11/2020	12/2020	01/2021	MÉDIA
	181	207	189	210	264	135	198

Obs: Últimos 6 meses

[Handwritten signatures]



FAMAR
Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília

**FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**
Rua Marrey Junior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-030 Telefax: (14) 3434-4220
CNPJ: 09.161.265/0001-46

ANEXO V

RELATÓRIO DE CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES

Instituição:		Mês:	Ano:	Página:
NOME DO RECEPTOR ou destino HEMOC	CONVÊNIO	DATA DA TRANSFUSÃO	Nº. DA BOLSA	Produto

[Handwritten signature]