



# HEMOPE

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A  
**FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO – HEMOPE** e  
a o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**.

Por este instrumento particular, de um lado o **ESTADO DE PERNAMBUCO**, através da **FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO - HEMOPE**, órgão público supervisionado pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, sito na Rua Joaquim Nabuco, 171, Graças, Recife - PE, CEP 52.011-900, CNPJ 10.564.953/0001-36, com sede administrativa situada na Av. Rio Capibaribe, 147, 4º e 5º andar, São José, Recife - PE, CEP 50020-080, doravante denominada apenas **CONVENENTE**, neste ato legitimamente representada pela sua Diretora Presidente, a Dra. **YÊDA MAIA DE ALBUQUERQUE**, brasileira, solteira, médica, portadora do RG 601.295 SSP-AL e do CPF 453.994.414-20, e do outro lado o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, com endereço na Rua Farias Neves Sobrinho, 232, Bairro Novo, Olinda-PE, CEP 53.120-420, inscrito no CNPJ 10.583.920/0001-33, aqui denominado **CONVENIADO**, neste ato representado pelo seu Diretor, o Dr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, odontólogo, divorciado, portador do RG 1.006.466 - SDS/PE e do CPF 122.850.644-20, resolvem celebrar entre si o presente Convênio mediante as seguintes condições abaixo estipuladas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Este Convênio tem por objetivo disciplinar junto aos Hospitais da **Rede Pública de Saúde**, o repasse pela **CONVENENTE** ao **CONVENIADO** de Hemocomponentes, bem como a sua estocagem, na forma do que dispõe a **RDC nº. 57 de 16/12/2010** e a **Portaria nº. 1.353, de 13/06/2011**, ambas do Ministério da Saúde para o Repasse de Hemocomponentes.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES**

A **CONVENENTE** compromete-se a:

1. Fornecer Hemocomponentes, de acordo com a disponibilidade dos seus estoques e após realização dos procedimentos exigidos pelos preceitos legais vigentes;
2. Receber os Doadores encaminhados pelo **CONVENIADO**, para reposição dos produtos sanguíneos;
3. Remeter a Estatística da quantidade de Doadores, quando requerido pelo **CONVENIADO**;
4. Fornecer Modelo do Formulário STS "*Solicitação de Transfusão de Sangue*" e entrega de tubo seco para coleta de amostra mediante o recebimento de amostra/sistema de troca;
5. Verificar as condições de segurança necessárias para o correto acondicionamento e transporte de Sangue e/ou Hemocomponentes;
6. Atender as Requisições de Hemocomponentes, em formulário próprio (modelo fornecido pela **CONVENENTE**), desde que corretamente preenchido de acordo com o preconizado pelas leis vigentes, pelo médico (nome completo legível do médico responsável com carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Medicina - CRM);

O **CONVENIADO** compromete-se a:

1. Encaminhar à **CONVENENTE**, Doadores Voluntários de Sangue, visando à reposição dos produtos sanguíneos solicitados;
2. Solicitar os produtos sanguíneos para reposição de estoque, através de Formulário (Modelo fornecido pelo **CONVENENTE** – Anexo I), com assinatura, nome legível e CRM do Médico do Serviço de Hemoterapia, no horário de 08h00 às 12h00, mediante Prescrição Médica, exclusivo para Agência Transfusional (AT);
3. Acusar o recebimento dos produtos sanguíneos no Formulário de "*Solicitação de Hemocomponentes para Estoque*" informando nome do funcionário responsável, data e hora do recebimento, exclusivo para Agência Transfusional (AT);
4. Obedecer às Normas vigentes para Hemoterapia no País, atualmente contida na **RDC nº. 57** do Ministério datada de 16/12/2010 e da **Portaria nº. 1.353**, de 13/06/2011, que aprovou o **Regulamento Técnico de Procedimento Hemoterápicos**;
5. Manter condições técnicas ideais para o transporte e armazenamento dos produtos do sangue, segundo exigências da **RDC/MS nº. 57/2010** e da **Portaria nº. 1.353**. Para cumprimento destes itens, deverá disponibilizar Caixa Térmica rígida, lavável, dotada de sensor de temperatura e termômetro digital, geladeira e freezer para uso exclusivamente do armazenamento dos produtos sanguíneos, que disporá de termômetros compatíveis com a faixa de temperatura da unidade armazenadora e mapa de registro das temperaturas medidas;
6. Ter a responsabilidade de transportar, por pessoal convenientemente instruído e identificado através de documento, o produto liberado;
7. O não cumprimento do item anterior desobriga ao atendimento da Solicitação Médica por parte da **CONVENENTE**;
8. Comunicar por escrito, imediatamente, quaisquer anormalidades havidas com o paciente, que possa ser imputado à transfusão do produto fornecido, especificando as alterações observadas;

HEMOPE: Rua Joaquim Nabuco, 171 - Graças - Recife - PE - CEP 52.011-900 Fone: (81) 3182-4600.

Sede Administrativa: Av. Rio Capibaribe, 147, 4º e 5º andar, São José, Recife - PE, CEP 50020-080 Fone: (81) 3182-4900.

[www.hemope.pe.gov.br](http://www.hemope.pe.gov.br) Disque Doação 0800-081-1535

ELABORAÇÃO

VISTO JURÍDICO



# HEMOPE

9. Manter, anualmente, cópia autenticada do seu Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária da Superintendência Estadual de Saúde;

10. O **CONVENIADO** fica obrigado a informar à **CONVENENTE**, todos os pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS atendidos, anexando cópia legível da AIH - "Autorização de Internação Hospitalar", correspondente à utilização das referidas Bolsas.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS NORMAS DISCIPLINARES**

É vetado ao **CONVENIADO** efetuar qualquer cobrança pelos produtos hemoterápicos utilizados, fornecidos pela **CONVENENTE**, no que se referem aos Módulos COLETA/PROCESSAMENTO testes laboratoriais do doador, podendo aquela suspender o fornecimento de sangue e derivados, caso comprovada cobrança irregular a Paciente ou Convênio, ou se comprovada a comercialização ou a existência de Convênios paralelos de Assistência Hemoterápica.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Fica vetada qualquer cobrança direta aos clientes do **CONVENIADO**, a qualquer título, salvo na ocorrência de gastos extraordinários não contemplados no objeto deste instrumento, bem como nos seus anexos;

## **CLÁUSULA QUARTA - DA DEVOLUÇÃO**

1. Devolver à **CONVENENTE**, produtos sanguíneos em condições de uso, com prazo de validade até 10 (dez) dias a vencer para que os mesmos sejam permutados por outros mais recentes, obedecendo às instruções definidas na **RDC nº. 57** e da **Portaria nº. 1.353**;

2. O horário da devolução deverá compreender o intervalo das 08h00 às 16h00, no Serviço de Expedição de Hemocomponentes da **CONVENENTE**, devidamente protocolado em formulário próprio (Modelo fornecido pela **CONVENENTE**);

3. Todos os produtos devolvidos pelo Hospital que não estejam em condições de serem reintegrados ao estoque da **CONVENENTE**, (fora do prazo de validade, inexistência ou inadequação do controle de temperatura no transporte ou que tenham sofrido alterações físico-químicas) serão faturados como "produto transfundido", conforme Tabela vigente do **CONVENENTE**.

## **CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA**

O presente instrumento terá vigência de **5 (cinco) anos**, produzindo seus respectivos efeitos a partir da data de sua assinatura, podendo ser renovado por igual período através de Termo Aditivo.

## **CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO**

Este Convênio poderá ser rescindido por descumprimento de qualquer de suas Cláusulas e/ou pela superveniência de fatos ou Normas legais que o tornam materialmente impossível.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - DOS TERMOS ADITIVOS**

O presente Convênio poderá ser complementado, alterado, prorrogado mediante os competentes Termos Aditivos.

## **CLÁUSULA OITAVA - DOS EXECUTORES DO CONVÊNIO**

A fim de facilitar o cumprimento das obrigações assumidas por ambas as partes no presente Convênio, os contatos serão mantidos diretamente com as partes abaixo indicadas na qualidade de Executores do Convênio:

Por parte do **CONVENENTE**:

**Dr. LÉSBIA MARIA SPÍNDOLA SITCOVSKY**

Gestora do Convênio

Por parte do **CONVENIADO**:

**Dra. ADRIANA MACIEL DE LIMA GRANGEIRO**

## **CLÁUSULA NONA - DOS ANEXOS**

Fazem parte desse Convênio, os seguintes Anexos;

1. Modelo do Formulário "Solicitação de Hemocomponentes para Estoque"; disponibilizado na Dispensação de Sangue do Hemocentro Recife do **CONVENENTE**; Modelo do Formulário STS "Solicitação de Transfusão de Sangue".

2. Modelo do Formulário Devolução de Hemocomponentes, também disponibilizado na Dispensação de Sangue do Hemocentro Recife do **CONVENENTE**;

3. Resolução Delegada Conjunta da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde **RDC nº. 57 de 16/12/2010** e a **Portaria nº. 1.353, de 13/06/2011**, independente de transcrição, disponibilizado no seguinte "site" ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br));

4. Portaria nº. 1.353, de 13/06/2011, do Ministério da Saúde, disponibilizado no seguinte "site" ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)).

## **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Aplicar-se-á ao presente Convênio no que couber o disposto nas leis Federais nº. 9.656, de 03 de junho de 1998 e 10.205, de 21 de março de 2001, especialmente o art. 2ª, Parágrafo Único, combinado com o art. 12, da Lei Federal nº. 10.205.

Lúcia Moreno  
OAB/PE 14653  
Hospital do Centenário



# HEMOPE

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA AUDITORIA**

O **CONVENIADO** deverá possibilitar a **CONVENENTE**, proceder a auditorias médicas para inspeção dos hemocomponentes, sob sua guarda e prontuários médicos de pacientes, bem como permitir à Unidade de Relacionamento do Mercado de Saúde da **CONVENENTE**, responsável pelo faturamento aos Planos de Saúde a consulta de documentos que constatem a utilização de nossos produtos, quando a cobrança for Glosada pelo Plano.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO GESTOR**

A Diretora Presidente da **CONVENENTE**, no seu das atribuições que lhe são conferidas, designa a Servidora **LÉSBIA MARIA SPÍNDOLA SITCOVSKY**, Gerente da Unidade de Hemocentro Recife, médica, portadora da matrícula 227125-7/SES, como Gestora do presente instrumento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO**

As partes **CONVENENTES** elegem o Foro da Cidade do Recife, sem privilégio de qualquer outro, para dirimir quaisquer questões resultantes do presente instrumento, bem como para a propositura de ações judiciais dele decorrentes, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiados que seja ou venha a ser:

E por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Convênio em três (03) vias de igual teor para os mesmos efeitos legais, com as testemunhas abaixo assinadas.

Recife, 20 de Agosto 2018

Dra. **YÊDA MAIA DE ALBUQUERQUE**  
Diretora Presidente da **CONVENENTE**

Dr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**  
Diretor da **CONVENIADA**

Dra. **LÉSBIA MARIA SPÍNDOLA SITCOVSKY**  
Gestora de Convênio

TESTEMUNHAS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]* - CPF nº 471.938.084-02

Lúcia Moreno  
OAB/PE 14653  
Hospital do Tricentenário