

Registro sob o nº TC Nº 0001/2022  
Às fls. 96-V do livro próprio  
do Hemope nos termos do Parágrafo Único do

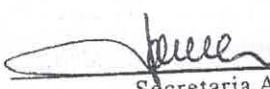
Art. 61 da Lei nº 8.666/93.

Recife, 06/01/2022



**HEMOPE**

Via Fornecedor

  
Secretaria AJUR

TERMO DE COMPROMISSO DE REPASSE DE HEMOCOMPONENTES SANGUÍNEOS

TERMO DE COMPROMISSO que entre si celebram, de um lado a **FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA – HEMOPE**, Entidade Pública da Administração Indireta do Estado de Pernambuco, vinculado a Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco, sito na Rua Joaquim Nabuco, 171 – Graças – Recife – PE, CEP 52.011, 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, aqui denominada **COMPROMITENTE**, neste ato legitimamente representada por sua Diretoria Presidente, Dra. **GESSYANNE VALE PAULINO**, brasileira, assistente social, portadora do RG 2.991.340 SSP/PE e do CPF 685.997.494-04 e do outro lado, **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO (HOSPITAL MESTRE VITALINO)** com endereço na Rodovia BR-104, Nº 756, Bairro Luiz Gonzaga, Caruaru – PE, CEP 55015-901 - CNPJ 10.583.920/0008-00, aqui denominada **COMPROMISSÁRIA**, neste ato representado pela Representante Legal, o **Dr. GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, casado, Odontólogo, portador do RG. 1.006.466 – SDS - PE e devidamente inscrito no CPF nº 122.850.644-20, tem entre si justo e compromissado o seguinte:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui Objeto deste Compromisso, disciplinar junto aos hospitais da **Rede Pública e Privada de Saúde**, o repasse de Hemocomponentes pela **COMPROMITENTE** à **COMPROMISSÁRIA**, na forma que dispõem as normas vigentes no país estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e do Ministério da Saúde – MS, que regem a Hemoterapia Nacional para o repasse de Hemocomponentes.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES:

1. A **COMPROMITENTE** compromete-se a:

1.1. Fornecer Hemocomponentes, de acordo com a disponibilidade de seus estoques e após a realização dos procedimentos exigidos pelos preceitos legais vigentes;

1.2. Remeter a Estatística da quantidade de Doadores, quando requerido pela **COMPROMISSÁRIA**;



1.3. Fornecer Modelo de Formulário de STS "Solicitação de Transfusão de Sangue" e entrega de tubo seco para a coleta de amostra mediante o recebimento de amostra/sistema de troca;

1.4. Verificar as condições de segurança necessárias para o correto acondicionamento e transporte de Hemocomponentes;

1.5. Atender as Requisições de Hemocomponentes, em formulário próprio (Modelo fornecido pela **COMPROMITENTE**), desde que corretamente preenchido de acordo com o preconizado pelas leis vigentes, pelo médico (nome completo legível médico responsável com carimbo, assinatura e número do Conselho Regional de Medicina – CRM);

2. A **COMPROMISSÁRIA** compromete-se a:

2.1. Encaminhar à **COMPROMITENTE**, doadores voluntários de sangue, visando à reposição dos produtos sanguíneos solicitados;

2.2. Obedecer as normas vigentes de Hemoterapia no País;

2.3. Manter condições técnicas ideais para o transporte e armazenamento dos produtos do sangue, segundo exigências das resoluções da ANVISA e das portarias do Ministério da Saúde ou normas estaduais e municipais sobre o assunto;

2.4. Para cumprimento do item 2.3, deverá disponibilizar Caixa Térmica rígida, lavável, dotada de sensor de temperatura digital, bateria (tipo Gelox® ou similar), bem como a sua validação do transporte, conforme Manual de Orientação às Instituições Associadas, manual este, parte integrante deste Termo de Compromisso;

2.5. Ainda para fazer cumprir o item 2.3, disponibilizará refrigerador e freezer para uso exclusivamente do armazenamento de hemocomponentes, que disporá de termômetros compatíveis com a faixa de temperatura da unidade armazenadora e mapa de registro das temperaturas medidas conforme normas vigentes;

2.6. Ter a responsabilidade de transportar os hemocomponentes, por pessoal devidamente instruído e identificados através de documento, inclusive com liberação para conduzir o produto liberado;

2.7. Observar que o não cumprimento dos itens anteriores desobriga o atendimento da Solicitação Médica por parte da **COMPROMITENTE**;

2.8. Comunicar por escrito, imediatamente, quaisquer anormalidades havidas com os pacientes, que possa ser imputado à transfusão do produto fornecido, especificando as alterações observadas;

1

  8

2.9. Manter, anualmente, cópia autenticada do seu Alvará de funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária da Superintendência Estadual de Saúde;

2.10. Cumprir e fazer cumprir todas as orientações do Manual de Orientação às Instituições Associadas, parte integrante deste Termo de Compromisso, que oferece importante ferramenta de gestão e operação das atividades dos profissionais que atuam na Assistência Hemoterápica.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO RESSARCIMENTO

3.1. É Vedado à **COMPROMISSÁRIA** efetuar qualquer cobrança pelos hemocomponentes utilizados, fornecidos pela **COMPROMITENTE**, no que se referem aos **Módulos de COLETA/PROCESSAMENTO e testes laboratoriais do doador**, podendo esta suspender o fornecimento de hemocomponentes, caso comprovada cobrança irregular a paciente ou convênio, ou se comprovada a comercialização ou a existência de convênios paralelos de Assistência Hemoterápica.

3.2. A **COMPROMITENTE** será ressarcida pelo custo operacional do sangue e hemocomponentes pelo plano de saúde que assiste o paciente atendido pela **COMPROMISSÁRIA**.

### CLÁUSULA QUARTA – DA DEVOLUÇÃO

4.1. Devolver à **COMPROMITENTE**, apenas produtos eritrocitários em condições de viabilidade de uso, ou seja, com prazo de validade de 10 dias a vencer; para que os mesmos sejam remanejados para utilização, obedecendo as instruções definidas nas normas vigentes de hemoterapia;

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

4.3. Todos os produtos devolvidos pelas Instituições Associadas, que não estejam em condições de serem reintegrados ao estoque da **COMPROMITENTE** (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 SUS e Convênios de saúde.

### CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

O presente instrumento terá vigência de 05 (cinco) anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado, por igual período ou fração, por interesse das partes.

### CLÁUSULA SEXTA – DA PENALIDADE

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

O descumprimento do disposto nesse Termo de Compromisso por qualquer das partes, implicará na rescisão, podendo também ser rescindido pela superveniência de fatos ou normas legais que o tornem materialmente impossível.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA PELO TERMO DE COMPROMISSO

A fim de facilitar o cumprimento das obrigações assumidas por ambas as partes no presente Termo de Compromisso, ficam designada como responsável técnica para operacionalização do referido Termo, do lado da parte **COMPROMITENTE** o Supervisor de Expedição de Hemocomponentes da Fundação Hemope, o Sr. Dr. **JOSÉ DA SILVA NEVES FILHO**, portador da matrícula nº 245563-3/SES, CPF 128895804-82 e do lado da parte **COMPROMISSÁRIA** o responsável técnico indicado pela Instituição hospitalar Dr. **PEDRO PAULO MEDEIROS ARAÚJO DE MOURA**, médico - CRM 020.168 e CPF 047.660.504-01.

#### CLÁUSULA OITAVA – DOS ANEXOS

8.1. Fazem parte desse Termo de Compromisso, os seguintes Anexos;

- Modelo do Formulário “Solicitação de Hemocomponentes para Estoque”;
- Modelo do Formulário STS “Solicitação de Transfusão de Sangue”;
- Modelo do Formulário Devolução de Hemocomponentes

Todos os modelos de formulário estão disponibilizados no Setor de Expedição de Hemocomponentes do Hemocentro Recife da **COMPROMITENTE**;

8.2. Resolução Delegada Colegiada – **RDC nº 34, RDC nº 75**, disponibilizada no “site”: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br);

8.3. **Portaria de Consolidação Nº5-MS**, disponibilizada no “Site”: <http://portalms.saude.gov.br/legislação-da-saude>, independente da transcrição;

8.4. Manual do Cliente e Manual de Orientações Hemoterápica, disponibilizados no site: <http://www.hemope.pe.gov.br/pdf/ma-hemo-004---manual-de-orienta--es-as-institui--es-associadas--manual-do-cliente--v00-19.pdf>

#### CLÁUSULA NONA – DA AUDITORIA

A **COMPROMISSÁRIA** deverá possibilitar à **COMPROMITENTE**, a realização de auditorias para inspeção dos hemocomponentes sob sua guarda e prontuários médicos de pacientes.

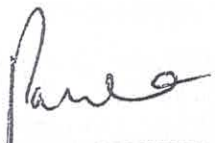


#### CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

As partes **COMPROMETENTES** elegem o Foro da Cidade do Recife, sem privilégio de qualquer outro, para dirimir quaisquer questões resultantes do presente instrumento, bem como 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, 18 de novembro de 2021.



**Dra. GESSYANNE VALE PAULINO**

Diretora Presidente da **FUNDAÇÃO HEMOPE**



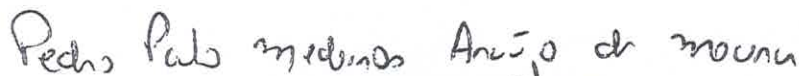
**Sr. JOSÉ DA SILVA NEVES FILHO**

Responsável Técnico da **COMPROMITENTE**



**Dr. GIL MENDONÇA BRASILEIRO**

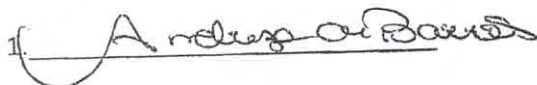
Representante Legal do **COMPROMISSÁRIA**



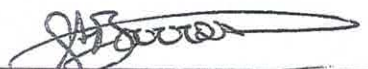
**Dr. PEDRO PAULO MEDEIROS ARAÚJO DE MOURA**

Responsável Técnico da **COMPROMISSÁRIA**

TESTEMUNHAS:



2.

  
GILBERTO ARAÚJO BARROS  
695.457.824-04



Documento assinado eletronicamente por **Helenice Sivini de Siqueira**, em 22/11/2021, às 10:32, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site  
[http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **18858670** e o código CRC **34753913**.

### FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO

Rua Joaquim Nabuco, 171, - Bairro Graças, Recife/PE - CEP 52011-000, Telefone: (81) 3182-4600