

## TERMO DE REFERENCIA DE CONTRATAÇÃO

O objetivo do presente documento é a contratação de empresa para **Serviços em Hemoterapia** para atender ao Edital de Chamamento nº 03/SS/2017 da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São José dos Campos para administração por Organização Social de Saúde do Hospital Municipal Clínicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira.

Prazo contratual: 12 meses, podendo ser prorrogado por igual período em caso de concordância das partes.

## CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE

O Hospital Municipal Clínicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira está localizado na Praça Natal, nº 55, Bairro Parque Industrial, Município de São José dos Campos, no estado de São Paulo.

O Hospital de Clínicas Sul estrutura-se com perfil de Hospital de Urgência/Emergência em Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Traumatologia-Ortopedia, com funcionamento 24 horas, ininterruptamente, com profissionais médicos e não médicos 100% SUS.

## REQUISITOS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS

As funções do serviço hospitalares em hemoterapia, tem por finalidade garantir à população a oferta de sangue e hemoderivados de boa qualidade, em consonância com as diretrizes estabelecidas em edital:

- São de exclusiva responsabilidade do CONTRATADO, responsabiliza-se pela constituição e habilitação dos serviços profissionais especializados, mantendo em dia as autorizações necessárias à prestação dos serviços;
- Elaborar e fornecer medição com escala de plantão médico hemoterapeuta alocado nas dependências da empresa CONTRATADA;
- Executar os serviços dentro dos padrões éticos e técnicos, responsabilizando-se por sua boa qualidade e obedecendo as determinações e recomendações dos órgãos que regulamentam e fiscalizam a matéria e as demais atividades desenvolvidas no hospital;
- Prestar assistência e apoio hemoterápico ao Hospital Municipal Clínicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira de forma plena e imediata;
- Acompanhar os casos dos pacientes internados no que diz respeito às indicações de transfusões;
- Treinar periodicamente os funcionários do Hospital nos procedimentos transfusionais;
- Discutir as condutas com a equipe de plantonistas e corpo clínico do hospital;
- Programar e organizar protocolos relacionados à atividade;
- Informar qualquer irregularidade decorrente das atividades exercidas, empregando de solução imediata.
- Realizar a execução de provas Imunohemato pré-transfusionais e fazer todos os registros necessários a fim de atender os pedidos solicitados aos pacientes em atendimento;



Fornecer Hemoderivados a serem transfundidos nos pacientes, inclusive em caráter de urgência e Emergência;

- Responsabilizar-se pelos suprimentos de todos os reagentes necessários para a realização dos testes de Imuno-hematologia, assim como o fornecimento de equipos, filtros para redução leucocitária e material para lavagem de hemocomponentes quando indicados no pedido médico;
- Os serviços profissionais prestados pela CONTRATADA serão executados por pessoal legalmente habilitado, com capacidade técnica e funcional comprovada;
- Atender a todas as despesas e encargos, de qualquer natureza, necessária à execução do objeto deste contrato, especialmente no que concerne aos encargos previdenciários, social, fiscal e outros semelhantes, relativos ao objeto do contrato;
- Responsabilidade técnica e organização dos trabalhos referentes à Hemoterapia, inclusive de participação em comitê transfusional;
- Participar das reuniões do comitê de Hemoterapia e reuniões relacionadas ao atendimento de Hemoterapia.

---

# Relatório para Contratação de Serviços de Hospitalares em Hemoterapia

---

Área/Setor Requisitante: Gerência  
Administrativa

---

Unidade: Hospital Municipal Clínica Sul Dr. Ivan da Silva  
Teixeira  
São José dos Campos, 23 de Abril de 2018.

---

## 1 – OBJETIVOS

O objetivo deste contrato é a prestação de serviços hospitalares em hemoterapia, obrigando-se o CONTRATADO a manter um Serviço de Hemoterapia com atendimento à distância de maneira ininterrupta, obedecendo aos padrões normais de funcionamento exigidos pela legislação em vigor, nas dependências do HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA de maneira ininterrupta.

## 2 – FORNECEDORES AVALIADOS

O estudo contemplou a avaliação da empresa prestadora de serviços:

- HEMOVALLE
- SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
- HEMOCENTRO DE CAMPINAS

## 3 – PARECER TÉCNICO

## 4 – DADOS DA EMPRESA VENCEDORA

**4.1 - Razão Social:** HEMOVALLE- HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA LTDA

**4.2 - Nome fantasia:**

**4.3 - Endereço:** Rua Santa Clara, 450

**4.4 - Bairro:** Vila Adyanna

**4.5 - Cidade:** São José dos Campos

**4.6 - Est.:** São Paulo

**4.7- CEP:** 12243-630

**4.8 - Fone / Fax:**

**4.9 - E-mail:**

**4.10 - CNPJ:** 69.111.631/0001-84

**4.11 - CPF:**

**4.12 - RG:**

**4.13 - Inscrição Municipal:**

**4.14 - Inscrição Estadual:**

## 5 - DADOS PARA ELABORAÇÃO DO CONTRATO

**5.1 - Objeto do contrato:** a prestação de serviços hospitalares em hemoterapia, obrigando-se o CONTRATADO a manter um Serviço de Hemoterapia com atendimento à distância de maneira ininterrupta, obedecendo aos padrões normais de funcionamento exigidos pela legislação em vigor, nas dependências do HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA de maneira ininterrupta.

**5.2 - Data de início do contrato:** 23/04/2018

**5.3 - Valor mensal a ser pago:** De acordo com a demanda do Hospital.

**5.4 - Valor estimado anual do contrato:** De acordo com a demanda do Hospital.

**5.5 - Prazo de contratação:** 12 meses

**5.6 - Índice de reajuste anual do contrato:** -

**5.7 - Local da prestação dos serviços:** Hospital Municipal Clínicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira.

**5.8 - Dia e horário da prestação dos serviços:** Prestação de Maneira Ininterrupta 24h por dia incluindo Sábados, Domingos e Feriados.

**5.9 - Utilizará aparelhos/equipamentos da contratada ou contratante (descrever):**

**5.10 - Os serviços serão prestados por sócios ou funcionários?** Funcionários da contratada devidamente treinados para manutenção preventiva e corretiva.

**5.11 - Condições/Prazo de pagamento:** Pagamento ocorrerá até o 10º dia perante apresentação da nota fiscal até o dia 25 do mês corrente (faturando os serviços prestados no ínterim: dia 20 do mês anterior a dia 19 do mês corrente).

**5.12 - Dados Bancários:**

**5.13 - Nome e Nº do Banco**

**5.14 - Nome e nº da Agência:**

**5.15 - Nº Conta Corrente:**

**Especificações técnicas:**

**Referências e Hospitais em que atua:**

**Outras informações:**

**Documentos:**

- Cédula de Identidade, CPF e Comprovante de residência dos Representantes Legais;
- Inscrição nos órgãos de classe (responsável técnico e legal) - CRM / CRF / CRO / CRA / entre outros;
- Contrato social e última alteração;
- Certidão Negativa de Pedido de Falência e Concordata;
- Inscrição no CNPJ;
- Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União;
- Certidão Negativa do FGTS (FGTS);
- Certidão Negativa do INSS (CND);
- Licença de Funcionamento;
- Alvará de Vigilância Sanitária (quando aplicável);
- Autorização ANVISA (quando aplicável);
- Inscrição nos órgãos públicos (quando aplicável);
- Outros documentos exigidos pela área contratante (elencar quais);
- Outros documentos exigidos pela área contratante (elencar quais).

**6 - QUALIFICAÇÃO DOCUMENTAL PARA FORNECEDORES**

<b>LISTA DE DOCUMENTOS PARA EMPRESA VENCEDORA</b>	
<b>1</b>	Cédula de Identidade, CPF e Comprovante de residência dos Representantes Legais
<b>2</b>	Inscrição nos órgãos de classe (responsável técnico e legal) - CRM / CRF / CRO / CRA / Entre outros
<b>3</b>	Contrato social e última alteração
<b>4</b>	Certidão Negativa de Pedido de Falência e Concordata
<b>5</b>	Inscrição no CNPJ

<b>6</b>	Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
<b>7</b>	Certidão Negativa do FGTS (FGTS)
<b>8</b>	Certidão Negativa do INSS (CND)
<b>9</b>	Licença de Funcionamento
<b>10</b>	Alvará de Vigilância Sanitária (quando aplicável)
<b>11</b>	Autorização ANVISA (quando aplicável)
<b>12</b>	Inscrição nos órgãos públicos (quando aplicável)
<b>13</b>	Outros documentos exigidos pela área contratante (elencar quais)

### 7 - ALTERAÇÕES CONTRATUAIS (ADENDOS, ADITIVOS, ANEXOS, REAJUSTES)

Folha de rosto ou e-mail da gerência ou pessoa designada (com a gerência em cópia) explicitando:

- **Nome da empresa e CNPJ;**
- **Data de início da alteração;**
- **Valor mensal do contrato;**
- **Índice de reajuste utilizado;**
- **Detalhamento da cláusula (texto da mesma) a ser alterada**
- **Motivo da alteração:**
  - a. Reajuste (informar o motivo do reajuste, por exemplo, aniversário do contrato, dissídio ou negociação entre as partes);
  - b. Modificação das bases contratuais (especificar acerca das alterações).

FIUIG 1497 - Cotação Serviços de Hematologia e Hemoterapia					
Unidade:		CLÍNICAS SUL			VENCEDOR
EMPRESAS	Fornecedor	Serviço de Hematologia e Hemoterapia	Hemocentro de Campinas	HEMOVALLE	HEMOVALLE
		Nome Telefone Status	Renata S. Appolinário (12) 3519-3766 Proposta recebida em 02/03/2018	Erica Leardini (19) 3521-8625 Declinou	Rodrigo dos Santos (12) 3922-0805 Proposta recebida em 12/03/2018
HEMOCOMPONENTES	Concentrado de hemácias	R\$ 400,00	Declinou	R\$ 450,00	R\$ 450,00
	Concentrado de plaquetas	R\$ 350,00	Declinou	R\$ 420,00	R\$ 420,00
Preço unitário		R\$ 13.387,50	R\$ -	R\$ 15.382,50	R\$ 15.382,50
Preço de materias		R\$ 4.012,12	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Transporte (Base de 35 viagens de moto)		R\$ -	R\$ -	R\$ 630,00	R\$ 630,00
Proposta Total média mensal		R\$ 17.399,62	R\$ -	R\$ 16.012,50	R\$ 16.012,50

**OBS.:** O Estudo foi realizado tendo como base a média anual de 35 bolsas de sangue, sendo que 65% são de fornecimento de concentrado de Hemácias. Como base de materiais foram utilizados os filtros que são mais utilizados nos concentrados.

O serviço de transporte oferecido pela empresa HEMOVALE é opcional, valor de R\$5000,00. Outra alternativa será realizarmos o transporte pela empresa já contratada Help Boy, que cobra R\$18,00 (por viagem de moto) e R\$40,00 (por viagem de carro). Com base nos estudos realizados estima-se gasto mensal de R\$630,00 com transporte.



### TABELA DE PREÇO PARA HEMOCOMPONENTES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	R\$ 400,00
40402096	UNIDADE DE PLASMA	R\$ 350,00
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	R\$ 350,00
40402070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS	R\$ 350,00
40402053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	R\$ 430,00
40403408	RESERVA DE SANGUE* INCLUI PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL	R\$ 71,07
40402037	SANGRIA TERAPÊUTICA	R\$ 50,00
40402118	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**	R\$ 70,00
40402126	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS **	R\$ 70,00
40402134	IRRADIAÇÃO POR UNIDADE DE HEMOCOMPONENTE**	R\$ 45,00
40403165	EXAMES DE FENOTIPAGEM	R\$ 50,00

### TABELA DE PREÇOS MATERIAIS

DESCRIÇÃO	VALOR
EQUIPO COM CAMARA GRADUADA MICRO-HART 150ML SANGUE 310103	R\$ 8,80
EQUIPO PARA ADMINISTRACAO SANGUE/HEMODERIVADOS	R\$ 5,12
ETIQUETA DE IRRADIAÇÃO - RAD TAG	R\$ 24,00
FILTRO DE HEMÁCIAS PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS	R\$ 105,84
FILTRO DE PLAQUETAS PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS	R\$ 130,96

*[Handwritten signature]*



COM 049/2018

São José dos Campos, 02 de março de 2018.

**Hospital de Clínica Sul/HMTJ**  
**A/C: Sr. Fernando Zanetti**  
Coordenador Administrativo

Prezado Sr. Fernando,

Mediante solicitação via email, na data de hoje, encaminhamos os valores dos hemocomponentes individualizados por bolsa.

Importante salientar que desta forma, os materiais necessários para a transfusão e deleucotização de hemocomponentes são cobrados à parte. Assim como, os exames imunohematológicos que possam ser necessários. Diferentemente do valor de pacote, anteriormente encaminhado.

Ressaltamos, que para a continuidade da prestação de serviço à Clínica Sul, o médico hemoterapeuta, Dr. Marcelo Romanelli, alterou a conduta terapêutica optando por encaminhar os hemocomponentes do grupo O, para que não ocorra nenhum erro transfusional, uma vez que a sua equipe foi 100 % substituída e não teve o treinamento segundo a Política de Qualidade do Serviço de Hemoterapia de São José dos Campos, e da RDC 034/2014.

Porém, necessitamos de uma resposta o mais breve possível da proposta encaminhada para que possamos agendar o treinamento da sua equipe de enfermagem.

Sem mais, nos colocamos a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente

Renata S. Appolinario  
Analista de Negócios/Setor Comercial

**Assunto::**Re: Cotação

**Data:**27/02/2018 11:53

**De:**ericav@unicamp.br

**Para::**Talita Cristina da Trindade Martins  
<talita.martins@funcamp.unicamp.br>

**Cc::**liamaracamargo@hmtjsp.org.br, MARGARETH CASTRO OZELO  
<margaret@unicamp.br>, "Dr. Fabrício Biscaro" <fbiscaro@unicamp.br>

Liamara, bom dia!

Informo que a cidade de São José dos Campos não faz parte da região de abrangência do Hemocentro de Campinas / UNICAMP.

Sugiro que entre em contato com o seu DRS para verificar quais instituições podem prestar este serviço para o Hopsital Clínica Sul.

Atenciosamente,

Erica Leardini  
Orçamento e Finanças  
Hemocentro de Campinas / UNICAMP  
(19) 3521-8625



## HEMOVALLE - HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

À  
Hospital Maternidade Therezinha de Jesus  
A/C Geisiany - Contratos

Ref.: Proposta para Prestação de Serviços - Hemoterapia

Para sua apreciação e aprovação, segue nossa PROPOSTA para prestação de serviços em Hemoterapia no **Hospital Clínica Sul**, inicialmente com atendimento à distância.

### HEMOCOMPONENTES

Reserva de Concentrado de Hemácias (un)	43,00
Concentrado de Hemácias (un)	450,00
Concentrado de Hemácias Filtradas (un)	561,00
Concentrado de Hemácias Filtradas e Lavadas (un)	631,00
Concentrado de Plaquetas (un)	420,00
Plasma Fresco (un)	420,00
Crioprecipitado (un)	420,00
Filtro para Concentrado de Plaquetas (até 6 unidades)	135,00

À disposição para maiores esclarecimentos.

São José dos Campos, 12 de Março de 2018.

  
**Rodrigo dos Santos**  
Gerente Administrativo

Hemovalle Hemoterapia e Hematologia Ltda.  
Rodrigo dos Santos  
Ger. Administrativo

69.111.631/0001-84

**HEMOVALLE - HEMOTERAPIA  
E HEMATOLOGIA LTDA.**

Rua Santa Clara, 450 - Vila Adyanna  
CEP: 12243-630 - SJCampos / SP

Assunto: **ENC: RES: RES: ENC: orçamento - clinica sul Hemoterapia**  
De: Rodrigo <adm@hemovalle.com.br>  
Para: <geisianyanastacio@hmtjrj.org.br>  
Data: 20/03/2018 14:02  
Prioridade: Mais alta



Segue novamente!!



HEMOVALLE - HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

**Rodrigo dos Santos - Gerente Administrativo**  
Tels.: (12) 3209-7357 / (12) 3209-7367

---

**De:** Rodrigo [mailto:adm@hemovalle.com.br]  
**Enviada em:** terça-feira, 20 de março de 2018 10:31  
**Para:** 'geisianyanastacio@hmtjrj.org.br'  
**Assunto:** RES: RES: RES: ENC: orçamento - clinica sul Hemoterapia  
**Prioridade:** Alta

Prezada Geisiany, bom dia!

Conforme é de seu conhecimento, a Hemovalle se propôs a realizar o transporte das amostras e Hemocomponentes, Para isto, realizamos orçamentos para terceirização dos serviços.

Sendo assim, o valor dos serviços junto a Hemovalle ficará da seguinte forma:

- ✓ Hemoterapia: Mantida conforme Proposta Inicial;
- ✓ Transporte: Empresa Terceira com custo fixo mensal R\$ 5.000,00.

Esclareço que a empresa de transporte ficará a disposição da Hemovalle 24hs por dia para atendimento, A terceirização será efetivada simultaneamente ao contrato com o Hospital Clínica Sul, caso haja acordo entre as partes.

É fato que encareceu o custo dos serviços, mas infelizmente não temos esta disponibilidade operacional para atendê-los, fazendo-se necessário a contratação da empresa terceira para que possamos prestar um serviço de responsabilidade e pontualidade, não colocando em risco o paciente, o Hospital e também a Hemovalle.

Certo de sua compreensão

À disposição

Att,



HEMOVALLE - HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

**Rodrigo dos Santos - Gerente Administrativo**  
Tels.: (12) 3209-7357 / (12) 3209-7367

## CONTRATO CONDIÇÕES GERAIS

**CONTRATANTE:** HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ qualificada como, Organização Social de Saúde, gestor do Hospital Municipal de Clinicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira, inscrito no CNPJ nº 21.583.042/0014-97 e Inscrição Estadual isenta, com sede na Praça Natal, nº 55, Bairro: Parque Industrial, CEP: 12.235-621, São José dos Campos - SP, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE** neste ato representado por seu(s) representante(s) legal (is), que ao final assina(m).

**CONTRATADO (A):** HEMOVALLE- HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA LTDA inscrito no CNPJ nº 69.111.631/0001-84, com sede na Rua Santa Clara, 450, Vila Adyanna, CEP: 12243-630, São José dos Campos/SP, doravante denominado simplesmente **CONTRATADA** pessoa jurídica devidamente inscrita nos órgãos competentes, dotada de capacidade jurídica plena, que adere ao presente instrumento, suas cláusulas e anexos por meio do **Termo de Adesão**, o qual passa a integrar o presente instrumento.

### 1. DO OBJETO

- 1.1 O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços pelo(a) **CONTRATADO(A)**, na forma dos termos nele contidos, no Termo de Adesão ao Contrato Principal, bem como aqueles constantes do **Anexo 1 - Condições Específicas de Prestação, Execução e Comprovação dos Serviços**.
- 1.2 Entende-se por **Anexo 1**: o documento onde constem as condições específicas da prestação dos serviços, tais como: especificação do objeto, local, forma, padrão e avaliação dos serviços prestados; condições, formas e datas dos pagamentos, assim como a vigência do contrato e demais condições específicas que as partes concordem, sem prejuízo da aplicação das condições gerais constantes do presente instrumento;
- 1.3 Entende-se por Aditivo Contratual, toda e qualquer exclusão e/ou alteração ao presente contrato e seus anexos. Os Aditivos devem prever detalhadamente a exclusão e/ou alteração devendo ser numerados.

### 2. DO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E SUAS CONDIÇÕES GERAIS

- 2.1 O local e a forma de prestação dos serviços constarão do **Anexo 1 - Condições Específicas de Prestação, Execução e Comprovação dos Serviços**.

*W José*

### 3. DO PREÇO, VALOR GLOBAL E REAL DO CONTRATO

- 3.1 A título dos serviços prestados o(a) **CONTRATADO(A)** receberá do **CONTRATANTE**, os valores estipulados na forma do **Anexo 1 – Condições Específicas de Prestação, Execução e Comprovação dos Serviços**;
- 3.2 O **valor global** do contrato é fixado pelas partes, na forma do **Anexo 1** como estimativa inicial do valor dos serviços contratados e para os fins de aplicação das disposições contratuais pertinentes e **não vincula e nem obriga o CONTRATANTE a pagar esta quantia, devendo ser interpretada apenas como previsão, podendo ser reduzido ou acrescido de acordo com a efetiva contratação e execução dos serviços nos termos deste instrumento. O valor real** a ser pago ao(à) **CONTRATADO(A)** pelos serviços prestados será o resultante da aplicação do preço e demais condições estabelecidas no **Anexo 1**, aos serviços que forem efetivamente executados pelo(a) **CONTRATADO(A)** por solicitação do **CONTRATANTE** e sua aceitação conforme comprovantes de execução dos serviços.
- 3.3 A **CONTRATADA** fará jus à remuneração na proporção referente ao atendimento das metas de produção quantitativas presente na Cláusula Oitava do Contrato de Gestão 426/17 assinado junto à Prefeitura Municipal de São José dos Campos – SP.

### 4. DA FORMA DE PAGAMENTO

- 4.1 A título dos serviços prestados, o **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO(A)** os valores descritos na forma do **Anexo 1** do presente instrumento;
- 4.2 O(A) **CONTRATADO(A)** deverá emitir o documento fiscal legalmente exigido com data de emissão entre os dias 20 e 25 do mês dos serviços prestados;
- 4.3 O(A) **CONTRATADO(A)** deverá, ainda, enviar mensalmente o demonstrativo de serviços realizados, na forma do **Anexo 1**, parte integrante do presente termo;
- 4.4 O pagamento se dará mediante a prévia emissão e apresentação do documento fiscal e demais documentos de quitação de débitos tributários e trabalhistas, devidamente preenchido, acompanhado da comprovação da prestação dos serviços, na forma do **Anexo 1**;
- 4.5 Serão devidos somente, e tão somente, os valores previstos no presente instrumento, e cujos serviços tenham sido efetivamente prestados ao **CONTRATANTE** mediante sua aceitação, estando inclusos nos referidos

preços todos os tributos (impostos, taxas e contribuições) e demais encargos incidentes na prestação de serviços que ocorram ou mesmo que venham a ocorrer e que incidam diretamente, ou não, na prestação dos mesmos;

- 4.6 Em caso de discordância acerca dos valores pagos pelo **CONTRATANTE**, em decorrência da prestação dos serviços, o **CONTRATADO(A)** apresentará sua discordância em até 72 (setenta e duas horas) sempre por escrito, na forma do artigo 11 do presente instrumento.

#### 5. DO REAJUSTE

- 5.1 Fica convencionado que os preços contidos no presente instrumento poderão ser renegociados, *anualmente, em seu aniversário*, tendo em vista a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro entre as partes.

#### 6. VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 6.1 O presente terá sua vigência prevista na forma do **Anexo 1 – Condições Específicas de Prestação, Execução e Comprovação dos Serviços**.

#### 7. DA RESCISÃO DO CONTRATO

- 7.1 O presente contrato poderá ser rescindido, pelas partes, sem justa causa e durante sua vigência mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias;
- 7.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente:
- 7.2.1 Por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus anexos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos;
  - 7.2.2 Pela imprudência, imperícia, ou negligência na prestação dos serviços;
  - 7.2.3 Em decorrência da perda de certificação de qualidade exigida pelo **CONTRATANTE**, ou pela irregularidade cadastral do(a) **CONTRATADO(A)** perante órgãos públicos e de classe;
  - 7.2.4 Pela paralisação dos serviços injustificada e/ou não comunicada ao **CONTRATANTE**;

- 7.2.5 Nos casos de indeferimento de recuperação judicial ou extrajudicial, decretação de falência e dissolução ou liquidação judicial ou extrajudicial de qualquer uma das partes;
- 7.2.6 A **CONTRATADA** declara estar ciente que a rescisão do Convênio, Contrato de Gestão ou instrumento Congênere firmado entre o **CONTRATANTE** e o Município de São José dos Campos, ensejará a imediata rescisão deste instrumento, sem ônus indenizatório para as partes.
- 7.3 Caso o(a) **CONTRATADO(A)** em decorrência da contratação dos serviços desempenhe quaisquer das atividades objeto do presente instrumento, nas dependências do **CONTRATANTE** ou nas unidades designadas por este o(a) mesmo(a) deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente;
- 7.4 O local cedido deverá ser entregue em perfeito estado de conservação e funcionamento, de acordo com o memorial descritivo, sendo que arcará o(a) **CONTRATADO(A)** com os valores dispendidos pelo **CONTRATANTE** para manutenção e recuperação do local cedido, ao seu estado anterior, sendo facultado, ainda, ao **CONTRATANTE** a retenção dos valores devidos por ocasião do presente contrato para o cumprimento da presente cláusula;
- 7.5 As benfeitorias realizadas no local cedido serão a ele incorporadas e passarão a fazer parte do patrimônio do **CONTRATANTE**.

## 8. OBRIGAÇÕES GERAIS DO CONTRATANTE

- 8.1 Constituem obrigações gerais do **CONTRATANTE**, sem prejuízo das demais obrigações específicas que venham a ser tratadas no Anexo 1:
- 8.1.1 Facilitar o exercício das funções do(a) **CONTRATADO(A)**, garantindo-lhe a utilização da área eventualmente cedida para os fins estritamente colimados, bem como o livre acesso a ela aos, sócios prestadores de serviços, funcionários ou prepostos do(a) **CONTRATADO(A)**, devidamente credenciados com crachás de identificação e uniforme, quando aplicável;
- 8.1.2 Efetuar os pagamentos devidos de acordo com o estabelecido nas cláusulas deste instrumento e seu Anexo - 1 desde que cumpridos pelo(a) **CONTRATADO(A)** as obrigações contidas no presente instrumento e em seus demais anexos, nelas incluídas o correto

preenchimento e emissão dos documentos que compõem a cobrança dos serviços prestados.

## 9. OBRIGAÇÕES GERAIS DO(A) CONTRATADO(A)

9.1 Constituem obrigações gerais do(a) CONTRATADO(A), sem prejuízo das demais obrigações específicas que venham a ser tratadas no Anexo 1:

- 9.1.1 Prestar os serviços contratados nos prazos estabelecidos no presente instrumento ou em seus anexos;
- 9.1.2 Utilizar a área eventualmente cedida pelo CONTRATANTE exclusivamente para os fins a que se destina por força do presente instrumento, responsabilizando-se pelo seu mau uso ou desvio de sua finalidade;
- 9.1.3 Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo CONTRATANTE em um prazo de 48 (quarenta e oito) horas;
- 9.1.4 Apresentar ao CONTRATANTE os documentos solicitados, com a periodicidade nele definida, bem como manter o CONTRATANTE atualizado acerca de quaisquer alterações na referida documentação, comunicando imediatamente alterações havidas em seus estatutos ou contrato social, bem como nos mandatos de procuração que designarem poderes para representação e responsabilização dos sócios e demais prepostos seus, especialmente no que tange às obrigações contratadas no presente instrumento, sendo facultado ao CONTRATANTE a retenção dos valores devidos ou abatimento dos mesmos, caso seja verificada a inexatidão ou não apresentação dos referidos documentos e suas atualizações, nos prazos estipulados;
- 9.1.5 Manter profissionais habilitados e registrados nos órgãos de classe, de vigilância sanitária e demais órgãos legalmente exigidos para a realização dos serviços, quando o tipo de serviço assim o exigir;
- 9.1.6 Efetuar os devidos pagamentos à seus sócios prestadores de serviços, funcionários, prepostos ou prestadores de serviços envolvidos na execução direta ou indireta do objeto do presente instrumento, bem como efetuar pontualmente os recolhimentos de ordem fiscal, trabalhista, previdenciária e demais decorrentes de imposição legal, facultando ao CONTRATANTE a retenção dos valores devidos por ocasião do presente contrato, até que sejam regularizadas as pendências do(a) CONTRATADO(A) podendo, ainda, rescindir imediatamente o presente instrumento em decorrência da não regularização;



- 9.1.7 Manter os equipamentos e materiais de sua propriedade, utilizados na execução dos serviços, de acordo com parâmetros técnicos e legais exigidos;
- 9.1.8 Manter certificação da qualidade dos serviços prestados exigida pela vigilância sanitária bem como pelos demais órgãos fiscalizadores competentes e entidades certificadoras exigidas pelo **CONTRATANTE**;
- 9.1.9 Manter mecanismos e ações que garantam processo de melhoria contínua dos serviços prestados;
- 9.1.10 Contratar com fornecedores certificados e legalmente constituídos, de maneira a garantir a licitude e a qualidade de seus produtos, serviços e equipamentos;
- 9.1.11 Cumprir as normatizações dos órgãos de vigilância e demais dispositivos legais vigentes bem como demais enunciados legais pertinentes à prestação dos serviços;
- 9.1.12 Responsabilizar-se pela regularidade cadastral de seus serviços e produtos, inclusive no local eventualmente cedido pelo **CONTRATANTE**;
- 9.1.13 Executar os serviços nos prazos contidos no **Anexo 1 – Condições Específicas de Prestação, Execução e Comprovação dos Serviços, parte integrante do presente instrumento ao CONTRATANTE** ou a pessoa por ele designada;
- 9.1.14 **Solicitar na primeira oportunidade a exclusão do CONTRATANTE** de qualquer Lide em qualquer instância administrativa ou judicial na qual se veja o mesmo envolvido em decorrência direta ou indireta da relação firmada entre as partes contratantes;
- 9.1.15 Arcar com todos os custos e despesas relativos aos processos administrativos, judiciais e honorários advocatícios de qualquer natureza sejam elas de ordem e responsabilidade previdenciária, tributária, fundiária, fiscal e securitária, principalmente reclamações trabalhistas e ações de indenizações que venham eventualmente ser ajuizadas contra o **CONTRATANTE**, pelos seus empregados, prepostos ou prestadores de serviços, sejam eles atuais ou futuros ou demais pessoas físicas ou jurídicas, comprometendo-se a defender o **CONTRATANTE** quando o mesmo for envolvido nas referidas lides, em qualquer instância ou tribunal, obrigando-se ainda a prestar a garantia, fiança ou caução necessária à desoneração do **CONTRATANTE**, sendo facultado ao **CONTRATANTE** a retenção dos valores devidos por ocasião do presente contrato para o cumprimento da presente cláusula;
- 9.1.16 Responsabilizar-se por quaisquer danos e avarias aos equipamentos ou instalações do **CONTRATANTE** ou nas unidades de saúde designadas por

este, se comprovadamente causados por seus empregados, prepostos ou prestadores de serviços e devidamente apurada, ao menos sua culpa, em qualquer de suas modalidades indenizando o **CONTRATANTE** dos prejuízos sofridos, pelo valor de mercado sendo facultado ao **CONTRATANTE** a retenção dos valores devidos por ocasião do presente contrato para o cumprimento da presente cláusula;

- 9.1.17 Responsabilizar-se, ainda, civil e criminalmente, por quaisquer danos causados contra terceiros, clientes, usuários, funcionários ou prepostos do **CONTRATANTE**, por ação ou omissão de seus empregados, prepostos ou prestadores de serviços, devido a não ou a má utilização dos produtos e equipamentos utilizados na prestação dos serviços objeto deste instrumento; assim como danos contra terceiros, clientes, usuários e funcionários ou prepostos do **CONTRATANTE** decorrentes da conduta profissional e pessoal de seus sócios, funcionários, prepostos ou prestadores de serviços, sendo facultado ao **CONTRATANTE** a retenção dos valores devidos por ocasião do presente contrato para o cumprimento da presente cláusula;
- 9.1.18 Fornecer ao **CONTRATANTE**, devidamente atualizada, a relação completa de todos os sócios, funcionários, prepostos ou prestadores de serviços que participarão da prestação dos serviços objeto do contrato, facultando-se ao **CONTRATANTE**, recusar, por motivo fundado e relevante, a participação de qualquer integrante do(a) **CONTRATADO(A)**, mediante manifestação escrita;
- 9.1.19 Manter o sigilo e confidencialidade sobre quaisquer informações, documentos ou dados técnicos suscetíveis ou não de proteção legal a que tiver acesso em função do presente contrato, direta ou indiretamente;
- 9.1.20 Manter o serviço em perfeitas condições de operação, zelando pela conservação dos equipamentos e produtos utilizados, acionando os canais de comunicação competentes à manutenção preventiva e corretiva, quando necessário;
- 9.1.21 Efetuar, quando da emissão do devido documento fiscal, após a descrição dos serviços prestados, a discriminação dos valores a serem retidos relativos a todos e quaisquer recolhimentos exigidos na forma da lei, sendo que a inobservância de tal procedimento acarretará o desconto compulsório por parte do **CONTRATANTE** de todos os recolhimentos exigidos;
- 9.1.22 Responsabilizar-se pela supervisão, implementação, acompanhamento e eventuais alterações das rotinas decorrentes dos serviços objeto do presente instrumento, discutindo-as previamente com o **CONTRATANTE**;

- 9.1.23 Realizar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA na forma prevista nas normas regulamentadoras e demais dispositivas legais aplicáveis;
- 9.2 Caso o **CONTRATANTE** venha a assumir quaisquer ônus decorrentes do não atendimento das disposições das cláusulas precedentes bem como dos demais aditivos e anexos que integram o presente contrato, poderá também ressarcir-se mediante Ação de Execução, caracterizando-se como título executivo extrajudicial com valor líquido, certo e exigível, o documento que provar a quitação de obrigações atribuídas pelo Contrato ao **CONTRATANTE** ou ainda qualquer documento que comprove a assunção de obrigações do(a) **CONTRATADO(A)**, pelo **CONTRATANTE** acrescidos de multa de 20%, juros de 2% ao mês ou fração, correção monetária pelo IGPM/FGV ou outro que vier a substituí-lo bem como de honorários advocatícios estipulados em 20% do montante total apurado e corrigido;
- 9.3 O **CONTRATADO(A)** declara estar ciente que em caso de inadimplência por conta exclusiva do Poder Público nos repasses decorrentes do Contrato de Gestão para o gerenciamento da Unidade onde o **CONTRATANTE** faz a gestão, inclusive sendo uma obrigação contratual do ente federado conforme Contrato de Gestão 426/17, Clausula Terceira, item 3.2 “Promover o repasse dos recursos financeiros à Contratada necessários à execução do Contrato de Gestão de acordo com o orçamento e consoante Cláusulas Sétima e Oitava deste Contrato de Gestão”.
- 9.3.1 O **CONTRATANTE** não poderá ser executado, cobrado ou processado pela **CONTRATADA**, isoladamente sem o chamamento do ente federado como responsável principal do débito.

## 10. DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

- 10.1 As partes desde já declaram sua ciência de que as cláusulas do presente instrumento constituem regras gerais aplicáveis às partes, sendo que este Contrato supera quaisquer acordos e entendimentos anteriores entre as partes;
- 10.2 Entretanto, durante sua vigência e havendo anuência expressa e bilateral das partes, as cláusulas do presente contrato e seus anexos poderão, em conjunto ou isoladamente, ser alteradas ou revogadas, no todo ou em parte devendo, tais alterações ou revogações, constarem de Termo específico que passará a fazer parte integrante do presente contrato, observando-se, entretanto, o disposto na clausula 16 do presente instrumento.

## 11. NOTIFICAÇÕES

11.1 Toda e qualquer notificação ou correspondências, inclusive aquelas relativas à mudança de endereço, a serem enviadas em decorrência do presente Contrato, deverão ser feitas por escrito e serão consideradas entregues mediante aviso de recebimento protocolado pelas partes, no endereço que consta do preâmbulo e do Termo de Adesão deste instrumento, ou outro endereço que tenha sido informado por escrito por quaisquer das partes.

## 12. DAS RENÚNCIAS

12.1 A renúncia pelas partes, em exigir o cumprimento de qualquer disposição deste Contrato não constituirá novação ou renúncia no tocante a seu direito de, a qualquer tempo, exigir o cumprimento de tal disposição ou de qualquer outra disposição contida no presente instrumento e seus anexos.

## 13. DA INDIVIDUALIDADE DAS DISPOSIÇÕES

Caso qualquer disposição deste contrato seja tida como inválida, ilegal, inexigível ou inexecutável, a validade, legalidade, exigibilidade e exequibilidade das demais disposições não será, de modo algum, afetada ou prejudicada.

## 14. DO USO DE IMAGEM E DO SIGILO DAS INFORMAÇÕES

14.1 Fica expressamente vedado às partes, o uso da imagem ou nome da outra, em quaisquer condições, locais, objetos, materiais de divulgação, carteira de clientes ou demais meios de comunicação áudio, visual ou escrito, bem como visitas para o mesmo fim, sem anuência expressa e por escrito, das partes;

14.2 Da mesma forma ficam as partes proibidas de divulgar, utilizar ou privilegiar terceiros com informações obtidas direta ou indiretamente em decorrência do presente instrumento ou da prestação de serviços sem anuência expressa e por escrito, uma da outra.

## 15. DA MULTA

15.1 Sem prejuízo da apuração e ressarcimento dos danos causados pela inexecução ou mora das obrigações previstas neste contrato e seus anexos poderá ser aplicada às partes, independentemente de prévia notificação judicial ou extrajudicial, multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês com base no **VALOR GLOBAL ESTIMADO DO CONTRATO**, constante do Anexo 1, não excedendo, entretanto, esse valor;



Dary

**2º TABELIÃO DE NOTAS**  
**Dary Baptista dos Reis**

Av. Eng. Fco Jose Longo, 149  
Lojas 7/9/12 - Fone: (12) 3921-6022  
São José dos Campos/SP

Reconheço por semelhança (doc c/vr econ) a firma indicada de **GLAUCO PLENS** que confere c/ o padrão req. nesta serventia. Dou fé, São José dos Campos, 20 de abril de 2018. Em testemunho da verdade.

2º TABELIÃO DE NOTAS  
Monyq  
Escritório de São José dos Campos/SP  
Valor Total R\$ 9.135,00  
AV. Eng. Fco Jose Longo, 149 - Lojas 7/9/12 - São José dos Campos - SP  
CEP 12245-000

15.2 Fica assegurado ao **CONTRATANTE** o direito de deduzir, abater ou reter dos pagamentos devidos à **CONTRATADO(A)**, as importâncias correspondentes às multas aplicadas, bem como a outros valores devidos pelo(a) **CONTRATADO(A)** ao **CONTRATANTE**, nos termos deste contrato.

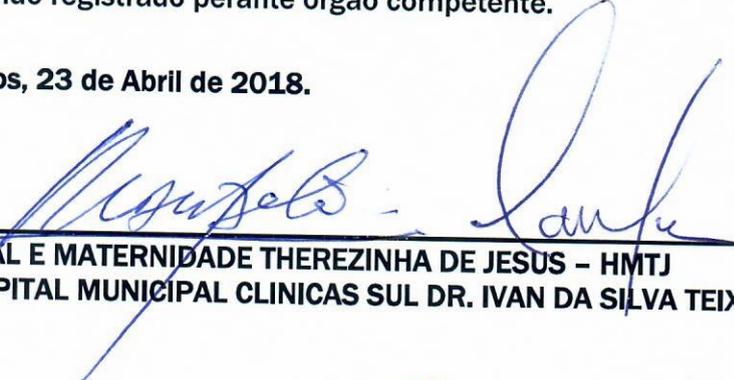
**16. DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 16.1. As partes desenvolverão seus melhores esforços para substituir a disposição tida como inválida, ilegal ou inexecuível, por outra previsão que ofereça às partes uma recomposição de seus respectivos interesses, em função do conteúdo da referida previsão impugnada.
- 16.2. Caso haja divergências entre as partes acerca das disposições contidas no presente instrumento prevalecerá, para efeitos de aplicação, as disposições dos seguintes documentos:
- a. o presente Contrato, no que lhe couber em relação às normas gerais;
  - b. o Anexo 1 ou Aditivos, no que lhe couber às normas específicas nele contidas;

**17. DO LOCAL DA CELEBRAÇÃO CONTRATUAL**

17.1 Este Contrato é feito e celebrado entre as partes na cidade de São José dos Campos, Estado de São Paulo, e será interpretado de acordo com as leis brasileiras, sendo registrado perante órgão competente.

São José dos Campos, 23 de Abril de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ  
GESTORA DO HOSPITAL MUNICIPAL CLINICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA

  
\_\_\_\_\_  
HEMOVALLE- HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA LTDA

2º TABELIÃO

**ANEXO 1**  
**CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE PRESTAÇÃO, EXECUÇÃO E**  
**COMPROVAÇÃO DOS SERVIÇOS.**

**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ - GESTORA DO HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA** inscrito sob o CNPJ 21.583.042/0014-97 doravante denominado **CONTRATANTE** e **HEMOVALLE-HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA LTDA** inscrito no CNPJ n.º 69.111.631/0001-84, doravante denominado (a) **CONTRATADA(O)** tem entre si justo e contratado na forma da cláusula 1 do contrato firmado entre as partes as **CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DE PRESTAÇÃO, EXECUÇÃO E COMPROVAÇÃO DOS SERVIÇOS**, na forma abaixo;

**1. DO OBJETO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**1.1** - Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços hospitalares em hemoterapia, obrigando-se o **CONTRATADO** a manter um Serviço de Hemoterapia com atendimento à distância de maneira ininterrupta, obedecendo aos padrões normais de funcionamento exigidos pela legislação em vigor, nas dependências do HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA de maneira ininterrupta.

**2. DO VALOR GLOBAL DO CONTRATO**

**2.1** - O fornecimento dos hemocomponentes que serão transfundidos no HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA serão fornecidos de acordo com a demanda da unidade, e sendo esta variável, não será estimado um valor Global do Contrato.

**3. DO PREÇO, FORMA DE PAGAMENTO, PERIODICIDADE E COMPROVAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

**3.1** - A título de remuneração, por força do presente contrato e de todos os demais encargos decorrentes, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA(A)** pelo serviço prestado os valores unitários conforme detalhamento:

Reserva de Concentrado de hemácias (un)	R\$ 43,00
Concentrado de Hemácias (un)	R\$ 450,00
Concentrado de Hemácias Filtradas (un)	R\$ 561,00
Concentrado de Hemácias Filtradas e Lavadas (un)	R\$ 631,00
Concentrado de Plaquetas (un)	R\$ 420,00
Plasma Fresco (un)	R\$ 420,00
Crioprecipitado (un)	R\$ 420,00
Filtro para Concentrado de Plaquetas (até 6 unidades)	R\$ 135,00

**3.2** - O pagamento ocorrerá mediante o envio da nota fiscal até o dia 25 do mês corrente (faturando os serviços prestados no íterim: dia 20 do mês anterior a dia 19 do mês corrente).

analisado por Piétro Sidoti  
Sidoti Advogados.

*Handwritten signature/initials*

3.3 - O não atendimento ao prazo de envio supracitado implicará na execução do pagamento em até 15 dias após a apresentação da nota fiscal. Atendida as condições anteriores, o pagamento será realizado até o dia 10 do mês subsequente.

3.4 - Deverá o **CONTRATANTE**, efetuar o pagamento da **CONTRATADA** via depósito na conta bancária abaixo descrita:

**Banco: Itaú**

**Agência: 1529**

**Conta Corrente: 20.454-5**

#### 4. DAS OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATANTE

4.1 - Pagar pontualmente o Contratado;

4.2 - Garantir que não haja obstáculos à prestação dos serviços disponibilizando informações, documentos necessários ao bom desenvolvimento dos serviços.

4.3 - Ao **CONTRATANTE** é assegurado o direito de fiscalizar a execução dos serviços ora contratados, devendo as eventuais falhas serem notificadas de imediato.

4.4 - É de responsabilidade do **CONTRATANTE** o transporte das amostras dos receptores e dos Hemoderivados, conforme normas estabelecidas no ANEXO 2 deste instrumento.

#### 5. DAS OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DO(A) CONTRATADO(A)

5.1 - São de exclusiva responsabilidade do **CONTRATADO**, responsabiliza-se pela constituição e habilitação dos serviços profissionais especializados, mantendo em dia as autorizações necessárias à prestação dos serviços;

5.2 - Elaborar e fornecer medição com escala de plantão médico hemoterapeuta alocado nas dependências da empresa **CONTRATADA**;

5.3 - Executar os serviços dentro dos padrões éticos e técnicos, responsabilizando-se por sua boa qualidade e obedecendo as determinações e recomendações dos órgãos que regulamentam e fiscalizam a matéria e as demais atividades desenvolvidas no hospital;

5.4 - Prestar assistência e apoio hemoterápico ao Hospital Municipal Clínicas Sul Dr. Ivan da Silva Teixeira de forma plena e imediata;

5.5 - Acompanhar os casos dos pacientes internados no que diz respeito às indicações de transfusões;

5.6 - Treinar periodicamente os funcionários do Hospital nos procedimentos transfusionais;

5.7 - Discutir as condutas com a equipe de plantonistas e corpo clínico do hospital;

analizado por Piétro Sidoti  
Sidoti Advogados.



- 5.8 - Programar e organizar protocolos relacionados à atividade;
- 5.9 - Informar qualquer irregularidade decorrente das atividades exercidas, empregando de solução imediata.
- 5.10 - Realizar a execução de provas Imunohemato pré-transfusionais e fazer todos os registros necessários a fim de atender os pedidos solicitados aos pacientes em atendimento, vide Procedimento Operacional de atendimento à distância, ANEXO 2, deste contrato;
- 5.11 - Fornecer Hemoderivados a serem transfundidos nos pacientes, inclusive em caráter de urgência e Emergência;
- 5.12 - Responsabilizar-se pelos suprimentos de todos os reagentes necessários para a realização dos testes de Imuno-hematologia, assim como o fornecimento de equipamentos, filtros para redução leucocitária e material para lavagem de hemocomponentes quando indicados no pedido médico;
- 5.13 - Os serviços profissionais prestados pela CONTRATADA serão executados por pessoal legalmente habilitado, com capacidade técnica e funcional comprovada;
- 5.14 - Atender a todas as despesas e encargos, de qualquer natureza, necessária à execução do objeto deste contrato, especialmente no que concerne aos encargos previdenciários, social, fiscal e outros semelhantes, relativos ao objeto do contrato;
- 5.15 - Responsabilidade técnica e organização dos trabalhos referentes à Hemoterapia, inclusive de participação em comitê transfusional;
- 5.16 - Participar das reuniões do comitê de Hemoterapia e reuniões relacionadas ao atendimento de Hemoterapia.

## 6. VIGÊNCIA DO CONTRATO

O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 23 de Abril de 2018, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

analizado por Piétro Sidoti  
Sidoti Advogados.



Este Contrato é feito e celebrado entre as partes na cidade de São José dos Campos, Estado de São Paulo e será interpretado de acordo com as leis brasileiras. Qualquer medida ou procedimento legal relativo a este Contrato será instaurado perante o Foro da cidade de São José dos Campos.

São José dos Campos, 23 de Abril de 2018.

*[Handwritten signature]*  
 \_\_\_\_\_  
**HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**  
**GESTORA DO HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICAS SUL DR. IVAN DA SILVA TEIXEIRA**

*[Handwritten signature]*  
 \_\_\_\_\_  
**HEMOVALLE- HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA LTDA**  
*GLAUCO PLENS*

Negociado por: *Leandro Bordini Malchitto*  
 Nome: **Coordenador de Contratos**  
 CPF: **Hospital Maternidade Therezinha de Jesus**

Aprovado por: *[Handwritten signature]*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha - HMTJ

Testemunha - CONTRATADO(A)

*[Handwritten signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 Nome: **Joelmir Silva de Oliveira**  
 CPF: **333.331.728-06**

**Dary** 2º TABELIÃO DE NOTAS  
**DARY BAPTISTA DOS REIS**  
 Reconheço por semelhança (doc c/vr econ) a firma indicada de **GLAUCO PLENS** que confere c/ o padrão reg. nesta serventia, Dou fé. São José dos Campos, 20 de abril de 2018. Em testemunho da verdade.  
 TELEFAX: \_\_\_\_\_  
 Av. Eng. Flo. José de Azevedo, 131 - Lojas 7-9-12 - Fone: (12) 3921-6022 - São José dos Campos/SP  
 Valor Total R\$ 9,18 Selo: AA-00447831

2º TABELIÃO DE NOTAS  
 DARY BAPTISTA DOS REIS  
 Av. Eng. Flo. José de Azevedo, 131 - Lojas 7-9-12 - Fone: (12) 3921-6022 - São José dos Campos - SP  
 Selo: AA-00447831

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Página 1 de 15</b>

## 1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos de solicitação de sangue, envio de amostras de receptores, fornecimento, devolução de hemocomponentes e transfusão pelos hospitais atendidos à distância pelo Hemovalle.

## 2. APLICAÇÃO

Nas solicitações, devoluções e transfusões de sangue realizadas pelos hospitais atendidos à distância pelo Hemovalle.

## 3. RESPONSABILIDADES

Equipe de assistência dos hospitais atendidos à distância pelo Hemovalle e equipe de transfusionistas do Hemovalle.

## 4. OBSERVAÇÕES GERAIS

O sangue e os componentes sanguíneos são considerados produtos terapêuticos, porque são empregados no tratamento de doenças. Podem ocorrer com eles efeitos adversos, gerando a necessidade da cuidadosa consideração do binômio risco/benefício e o rigoroso acompanhamento do paciente transfundido, durante e após a transfusão.

Devido à complexidade da terapia transfusional, existem normas e métodos que devem ser seguidos, visando o maior aproveitamento da transfusão sanguínea pelo paciente.

Antes de iniciar os procedimentos de uma transfusão, independente de qual componente esteja indicado, as normas gerais abaixo devem ser obedecidas:

Requisição.

Coleta da amostra.

Início da transfusão com dupla checagem antes da instalação do hemocomponente realizada pelo enfermeiro (a) do setor e o colaborador (a) da AT. Em caso de hospitais onde a instalação é realizada pela própria enfermagem, a dupla checagem deverá ser realizada pelo enfermeiro (a) e o técnico (a) de enfermagem.

Tempo de infusão.

Filtros.

Verificação dos sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corpórea) pré e pós-transfusão.

Adição de substâncias.

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Página 2 de 15</b>

Temperatura de infusão.

Acompanhamento do paciente.

Reconhecimento e registro de reações transfusionais.

#### 4.1. SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO - REQUISIÇÃO

Após avaliação médica, a requisição do hemocomponente deverá ser corretamente preenchida, contendo:

- Identificação completa do receptor: nome completo sem abreviaturas, sexo, idade, número do prontuário ou registro, número do leito, diagnóstico, hemocomponente solicitado, modalidade da transfusão, resultados laboratoriais (hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, peso, etc.). Dados do médico solicitante (nome do médico, assinatura, carimbo, número do CRM)

Dados transfusionais:

- Hemocomponente solicitado, (com o respectivo volume ou quantidade), a data da transfusão e horário (se for reserva cirúrgica ou transfusão programada) e o tipo da transfusão:

- **Programada:** para determinado dia e hora.

- **Não urgente:** a se realizar dentro das 24 horas.

- **Urgente:** a realizar dentro das 3 horas.

- **De extrema urgência:** quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

- **Reserva:** caso necessário no procedimento cirúrgico, os concentrados de hemácias devem ser reservados por no mínimo 24 horas e no máximo por 72 horas em câmara de conservação.

#### 4.2. COLETA DA AMOSTRA

Após o preenchimento da requisição, deverá ser colhida uma amostra do receptor:

04 mL de sangue colhido em tubo seco (sem anticoagulante).

04 mL de sangue colhido em tubo com EDTA.

Ambos os tubos devem ser identificados individualmente com etiqueta contendo nome completo do receptor, registro e localização na instituição, data, horário e nome do responsável pela coleta.

Falhas nessa etapa contribuem substancialmente para o desenvolvimento de incompatibilidades transfusionais.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	Pagina 3 de 15

#### **4.3. ENVIO DA SOLICITAÇÃO AO BANCO DE SANGUE**

Antes de enviar a requisição do hemocomponente e as amostras do receptor é necessário acionar o plantonista do Hemovalle, através do telefone (12) 99726-2120.

Por se tratar de material biológico considerado potencialmente infectante, as amostras destinadas ao Hemovalle deverão ser transportadas seguindo as rígidas orientações da Vigilância Sanitária, devendo ser acondicionadas em recipiente rígido, inquebrável e impermeável, protegidas de qualquer choque mecânico ou derramamentos.

**As entregas das amostras do receptor e retiradas do Hemocomponente deverão ser no endereço:**

**Av.: Nove de Julho, 430 – Vila Adyanna (HOSPITAL POLICLIN)**

**Portaria de Funcionários (Rua sem Saída)**

**Entregar na Agência transfusional / Banco de Sangue**

#### **4.4. ENVIO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUÇÃO**

**O transporte dos hemocomponentes realizado pelo motorista deverá ser em maletas de transporte destinadas exclusivamente para esse fim.**

Após a realização de todos os testes pré transfusionais, o Hemovalle informará via telefone, o envio dos hemocomponentes à enfermagem responsável pela solicitação.

Os hemocomponentes serão enviados devidamente identificados com etiqueta onde conste a identificação do receptor (nome, sobrenome e localização do paciente dentro do Hospital), seu grupo ABO e fator RhD, a identificação numérica ou alfanumérica e o grupo ABO e fator RhD do hemocomponente, além da conclusão da prova cruzada e a data do envio do hemocomponente para a transfusão.

Os hemocomponentes deverão ser transportados em temperaturas que sejam adequadas para a manutenção das suas propriedades biológicas, devidamente acondicionados pelo Hemovalle em caixas térmicas acompanhadas de termômetro que permitam a verificação da temperatura no momento do acondicionamento, durante todo o transporte e no recebimento do material pela enfermagem. O concentrado de hemácias deve manter temperatura de 1°C a 10°C, plaquetas temperatura de 20°C a 24°C, os congelados devem ser transportados de maneira que se mantenha o congelamento, se estiver descongelado manter em temperatura de 1°C a 10°C. Devem ser enviados com documento onde serão anotados os dados do transporte e um caderno de protocolo de recebimento que deverá ser assinado pelo responsável pelo recebimento, com letra legível.

O transporte dos hemocomponentes do Hemovalle até o Hospital solicitante ficará sob-

*Cópia Controlada*

*R. J. J. J.*  
*A*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	Pagina 4 de 15

responsabilidade do próprio Hospital, que deverá disponibilizar motorista apropriado para a sua efetivação.

#### 4.5. INÍCIO DA TRANSFUSÃO

Antes de iniciar a transfusão, a enfermagem deverá fazer uma última conferência dos registros do hemocomponente e da identificação do receptor, bem como a prescrição médica no prontuário, estando atento a qualquer discrepância entre os dados. Realizar a **dupla checagem** antes da instalação do hemocomponente realizada pelo enfermeiro (a) do setor e o colaborador (a) da AT. Em caso de hospitais onde a instalação é realizada pela própria enfermagem, a dupla checagem deverá ser realizada pelo enfermeiro (a) e o técnico (a) de enfermagem.

No caso de discrepâncias nos dados, a Hemovalle deverá ser comunicado e a transfusão não deve ser iniciada.

Os sinais vitais do receptor deverão ser verificados e devidamente anotados no seu prontuário, facilitando assim a identificação de reações transfusionais; da mesma forma, reações alérgicas ou febris não deverão ser falsamente imputadas às transfusões se o paciente já apresentar essas alterações previamente a transfusão.

Parâmetros aceitáveis para instalação do hemocomponente:

Parâmetros	Aceitável
Pressão arterial	Abaixo de 170x100mmHg
Freqüência cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RN entre 130-160 bpm.</li> <li>• Criança até 1 ano 110-130 bpm</li> <li>• Criança até 1 ano 110-130 bpm.</li> <li>• Criança de 1 ano a 7 anos 80-120 bmp.</li> <li>• Criança acima de 7 anos 80-90 bmp.</li> <li>• Adulto 60 - 95 bmp.</li> </ul>
Temperatura	Abaixo de 37,7°C

Caso os sinais vitais estejam alterados a transfusão só deverá ser iniciada após autorização do médico que prescreveu, cabendo a ele medicar o paciente se necessário.

O acesso venoso escolhido deve ser único, sendo contra indicada a infusão concomitante de outras substâncias. Acessos obtidos previamente para a infusão de medicamentos podem ser utilizados desde que tais substâncias possam ser interrompidas, que tenha um bom fluxo e sem sinais flebísticos. Caso contrário um novo acesso deve ser providenciado.

Ressalta-se que é necessária uma inspeção visual do hemocomponente quanto a sua coloração,

*[Handwritten signature]*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	Pagina 5 de 15

turvação, coágulos e bolhas de ar e, mediante quaisquer alterações observadas, o hemocomponente deverá ser devolvido ao Hemovalle.

#### **4.6. CUIDADOS NA TRANSFUÇÃO:**

**4.6.1 – Concentrado de hemácias:** visando a segurança do paciente, as transfusões eletivas, deverão ser realizadas preferencialmente no período diurno, evitando ao máximo transfusões eletivas durante a madrugada.

- ⇒ Conservar entre 1 a 6°C, até o momento do uso.
- ⇒ Usar obrigatoriamente equipos de transfusão de sangue.
- ⇒ Não adicionar medicamentos.
- ⇒ Se não transfundido devolver à AT devidamente acondicionado e na temperatura ideal.
- ⇒ **Tempo de infusão: 2 a 4 horas**

**4.6.2 – Concentrado de Plaquetas:** não colocar na geladeira, manter a temperatura ambiente (20 a 24°C) até o momento do uso.

- ⇒ usar equipos de transfusão ou filtros próprios.
- ⇒ Não adicionar medicamentos.
- ⇒ Agitar levemente antes de instalar.
- ⇒ Transfundir imediatamente após o recebimento.
- ⇒ Hemocomponentes em forma de pool ou enviados em seringas devem ser transfundidos em até 6 horas após o preparo.
- ⇒ Se não transfundido devolver à AT devidamente acondicionado e na temperatura ideal.
- ⇒ **Tempo de infusão: 30 minutos.**

#### **4.6.3 – Plasma Fresco Congelado**

- ⇒ Usar equipos de transfusão.
- ⇒ Não adicionar medicamentos.
- ⇒ Se não transfundido em até 6 horas, devolver à AT devidamente acondicionado e na temperatura ideal.
- ⇒ **Tempo de infusão: 1 a 2 horas.**

**4.6.4 – Crioprecipitado:** não colocar na geladeira

- ⇒ Usar equipos de transfusão.

*M. J. C.*

*[Handwritten signature]*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	Pagina 6 de 15

- ⇒ Não adicionar medicamentos.
- ⇒ Transfundir imediatamente após o recebimento.
- ⇒ Hemocomponentes em forma de pool ou enviados em seringas devem ser transfundidos em até 6 horas após o preparo.
- ⇒ Se não transfundido devolver à AT devidamente acondicionado e na temperatura ideal.
- ⇒ **Tempo de infusão: até 30 minutos.**

#### 4.7. FILTROS

Todos os hemocomponentes apresentam agregados celulares, restos celulares ou microcoágulos no seu interior, portanto, não é permitido utilizar equipo de soro na infusão e sim equipo específico contendo câmara com retentor de macro partículas.

#### 4.8. ADIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS

Nenhum hemocomponente deverá receber a adição de fluidos ou drogas, pois estes podem ocasionar sérios efeitos colaterais.

Soluções hipotônicas ocasionam o aumento do volume eritrocitário, causando hemólise do sangue "in vitro", como, por exemplo, a Dextrose 5%.

Soluções eletrolíticas, que possuem aditivos como o Cálcio (Ringer Lactato), podem bloquear o efeito anticoagulante do Citrato e promover a formação de coágulos "in vitro".

Drogas adicionadas diretamente na unidade ocasionam danos celulares, pois algumas drogas possuem pH excessivamente alto, que resultará em hemólise.

A infusão do sangue ou componente concomitante a outras substâncias no mesmo acesso venoso pode ser prejudicial e é contra indicada.

#### 4.9 ACOMPANHAMENTOS DO PACIENTE

Após a instalação do hemocomponente, o responsável pela transfusão deverá permanecer ao lado do paciente por no mínimo 10 minutos, a fim de identificar possíveis reações transfusionais imediatas, bem como controlar a velocidade do fluxo.

A cada hora é necessária a verificação dos sinais vitais do receptor e o controle do tempo de transfusão. É importante observar os sinais e sintomas que identificam a reação transfusional; mediante quaisquer anormalidades, interromper a infusão e comunicar imediatamente ao Banco de Sangue e ao médico plantonista da instituição.

*Cópia Controlada*



	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Página 7 de 15</b>

Os pacientes inconscientes, internados em unidades de terapia intensiva ou submetidos à cirurgia, devem ser rigorosamente avaliados quanto à diurese, coloração da urina, pressão arterial e frequência cardíaca, pois as alterações desses parâmetros podem significar reações hemolíticas imediatas por incompatibilidade entre o doador e o receptor.

#### **4.10. POSSÍVEIS REAÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

##### **4.10.1. SINAIS E SINTOMA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

Febre com ou sem calafrios (definida como temperatura acima de 37,8°C em paciente afebril ou aumento de 1°C em paciente com febre), associada à transfusão.

Calafrios com ou sem febre.

Dor no local da infusão, torácica, abdominal ou lombar.

Alterações agudas na pressão arterial, tanto hipertensão como hipotensão.

Alterações respiratórias: dispnéia, taquipnéia, hipóxia.

Alterações cutâneas: prurido, urticária, edema localizado ou generalizado.

Náuseas, com ou sem vômitos.

Alteração na cor da urina (pode ser o primeiro sinal de hemólise no paciente anestesiado).

##### **4.10.2 CONDUTA EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

Interromper imediatamente a transfusão.

Notificar o médico responsável pelo receptor e do Banco de Sangue.

Manter acesso venoso com solução fisiológica a 0.9%.

Conferir a identificação do receptor, dados do hemocomponente de sangue e prescrição médica.

Verificar sinais vitais: PA / FC / T°.

Manter o paciente em decúbito elevado e utilizar catéter de oxigênio caso necessário.

Manter equipo e bolsa intactos e encaminhar esse material ao Banco de Sangue (evitar a contaminação dos equipos).

Coletar uma amostra pós-transfusional (um tubo de hemograma e um tubo sem anticoagulante) que deve ser enviada ao Banco de Sangue.

Em alguns casos, uma amostra da urina pós-transfusão pode ser necessária.

*Handwritten signature in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*

#### 4.10.3 CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Reações Transfusionais	Imunológicas	Não-Imunológicas
<b>Agudas (até 24 horas após a transfusão)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hemolítica aguda</li> <li>○ Febril não-hemolítica</li> <li>○ Alérgica</li> <li>○ Anafilática</li> <li>○ Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobrecarga circulatória</li> <li>○ Reação hipotensiva aguda</li> <li>○ Embolia aérea</li> <li>○ Hemólise não-imune</li> <li>○ Complicações metabólicas</li> <li>○ Contaminação bacteriana</li> </ul>
<b>Tardias (acima de 24 horas após a transfusão)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aloimunização a antígenos eritrocitários ou a antígenos HLA</li> <li>○ Púrpura pós-transfusional</li> <li>○ Reação enxerto versus hospedeiro relacionada à transfusão (TAGVHD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobrecarga de ferro</li> <li>○ Doenças transmitidas pelo sangue</li> </ul>

#### REAÇÕES AGUDAS IMUNOLÓGICAS

Reação	Causa	Quadro Clínico	Tratamento	Prevenção e conduta hemoterápica
Hemolítica aguda	Incompatibilidade sanguínea, principalmente incompatibilidade ABO	Febre, tremores, dor no local de infusão, dor lombar ou abdominal, hemoglobinúria, hipotensão, oligúria, CIVD	Interromper transfusão, manter débito urinário de 100ml/hr (hidratação e diurético), tratar choque, CIVD e insuficiência renal aguda	Identificação correta da amostra e do receptor
Febril não hemolítica	Anticorpos contra leucócitos do doador; acúmulo de citocinas na estocagem dos hemocomponentes	Febre (aumento igual ou superior a 1°C), tremores, calafrios, cefaléia, vômitos	Antipiréticos, suspender infusão	Considerar antipiréticos e leucodepleção nas transfusões subsequentes
Alérgica	Anticorpos contra proteínas plasmáticas do doador	Prurido, eritema cutâneo generalizado, urticária	Anti-histamínico	Considerar anti-histamínicos prévios nas próximas transfusões
Anafilática	Anticorpos contra proteínas do plasma do doador, principalmente anti-	Urticária, eritema generalizado, hipotensão, edema de glote,	Adrenalina, anti-histamínico, corticóides,	Componentes deficientes em IgA se receptor tem anti-IgA ou

*[Handwritten signature]*



	IgA	broncoespasmo, insuficiência respiratória	suporte ventilatório	componentes lavados
Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI)	Anticorpos do doador contra antígenos HLA do receptor; lipídeos biologicamente ativos	Dispnéia, cianose, febre, taquicardia, hipotensão arterial, tosse não produtiva, infiltrado pulmonar no RX	Suporte respiratório, corticóides	Identificar doadores implicados nestas doações

**REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS NÃO-IMUNOLÓGICAS**

Reação	Causa	Quadro Clínico	Tratamento	Prevenção e conduta hemoterápica
Hipotensiva aguda	Mecanismo multifatorial	Hipotensão de início abrupto com queda na pressão sistólica abaixo de 70 mmHg que imediatamente cede quando se interrompe a transfusão, tonturas, fraqueza, sensação de desmaios, febre baixa, urticárias, manifestações gastro – intestinais	Suspender imediatamente a transfusão, os sintomas normalmente revertem somente com esta medida. Caso necessário utilizar solução salina, raramente utilizam-se drogas vasoativas	Caso o paciente esteja usando inibidores da ECA (captopril, enalapril) considerar a troca para outro anti- hipertensivo. Evitar o uso de filtros leucocitários de beira de leito e equipos de diálise com cargas negativas.
Sobrecarga circulatória	Sobrecarga de volume	Dispnéia, ortopnéia, tosse produtiva, taquicardia, hipertensão, cianose	Oxigênio, diuréticos, aplicações de torniquetes, flebotomia, suporte ventilatório	Administração lenta ou fracionada dos hemocomponentes
Hemólise não imune	Hemólise de causa física ou química => congelamento, aquecimento excessivo, adição de drogas ou soluções hemolíticas ao	Hemoglobinúria; em casos de infusão de grande volume de sangue hemolisado, pode haver comprometimento renal	Identificar e eliminar a causa	Seguir as rotinas adequadas para armazenamento e transfusão do sangue



	sangue			
Hipocalcemia	Transfusão maciça	Parestesias, tetanias, arritmia, prolongamento do intervalo QT no ECG	Infusão lenta de cálcio EV, somente nos casos severos	Controle dos níveis séricos de cálcio
Hipotermia	Infusão rápida de sangue gelado e soluções não aquecidas nas transfusões maciças	Arritmia cardíaca nos casos graves (T<32°C)	Tratar hipotermia, tratar hipocalcemia severa, infusão de soluções aquecidas	Utilização de aquecedores de sangue nas transfusões maciças

**REAÇÕES TARDIAS IMUNOLÓGICAS**

<b>Reação</b>	<b>Causa</b>	<b>Quadro Clínico</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Prevenção e conduta hemoterápica</b>
Aloimunização a antígenos eritrocitários	Resposta imunológica a antígenos eritrocitários presentes nas hemácias	Geralmente nenhum sintoma; mas pode resultar em dificuldade de selecionar sangue compatível posteriormente; reação hemolítica tardia	—	Hemácias fenotipadas para pacientes com anemia crônica
Aloimunização a antígenos HLA	Resposta imune a antígenos HLA presentes em leucócitos e plaquetas	Usualmente nenhum, mas pode resultar em refratariedade às plaquetas	—	Hemocomponentes leucodepletados
Reação hemolítica	Resposta imune anamnésica aos antígenos eritrocitários, com formação de aloanticorpos	Geralmente sem sintomas, queda inexplicada da hemoglobina pós-transfusão, aumento de bilirrubinas	—	Transfusões subseqüentes com sangue negativo para o antígeno correspondente
Reação enxerto-versus-hospedeiro	Linfócitos funcionantes transfundidos em pacientes imunodeprimidos ou imunocompetentes recebendo	Eritrodermia, eritema cutâneo máculo-papular, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, hepatite, pancitopenia, febre.	Corticóide, imunossupressor	Hemocomponentes irradiados para pacientes de risco



	linfócitos HLA compatíveis			
Púrpura pós-transfusional	Anticorpos anti-plaquetários	Plaquetopenia e sangramento 8-10 dias após a transfusão	Imunoglobulina, plasmaférese, transfusão de plaquetas negativas para antígeno Pl <sup>A1</sup>	Transfusão de plaquetas negativa para antígeno PL <sup>A1</sup> nas transfusões subseqüentes

**REAÇÕES TARDIAS DE CAUSAS NÃO IMUNOLÓGICAS**

Reação	Causa	Quadro Clínico	Tratamento	Prevenção e conduta hemoterápica
Sobrecarga de Ferro	Pacientes dependentes de múltiplas transfusões (anemias congênitas, aplasia de medula, etc)	Arritmia cardíaca, miocardiopatia, insuficiência hepática e pancreática	Quelantes de ferro	Quelantes de ferro
Doenças transmitidas pelo sangue (HIV, Hepatite B e C, HTLV I – II, Malária, Chagas e Lues)	Transmissão de doenças pelo sangue do doador para um receptor susceptível	Quadro clínico agudo característico da doença suspeita	De acordo com a patologia contraída	Rever os registros de sorologia das unidades transfundidas; rastrear o doador que possa ter transmitido a doença e se este apresentar exames sorológicos alterados, encaminha-lo para tratamento especializado e excluir do arquivo de doadores do serviço; notificar o órgão governamental competente

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Pagina 12 de 15</b>

#### 4.11. CONFIRMAÇÃO DA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

No início da transfusão o técnico responsável pelo Banco de Sangue entrará em contato com a enfermagem do Hospital para verificar os sinais vitais pré-transfusional. Depois de finalizada a transfusão o técnico pedirá a informação do horário do término da transfusão assim como os sinais vitais finais.

#### 4.12. TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA

A liberação de concentrado de hemácias sem provas de compatibilidade pode ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

O quadro clínico do paciente justifique a extrema urgência, isto é, quando o retardo no início da transfusão possa levar o paciente ao óbito (geralmente ele se encontra no pronto socorro, maternidade, centro cirúrgico ou UTI).

Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente concordar com o procedimento. O médico solicitante deve ser informado dos riscos e será responsável pelas conseqüências do ato transfusional, se a emergência houver sido criada por seu esquecimento ou omissão.

Nos casos de transfusão em caráter de extrema urgência, em que não há tempo para tipificar o sangue do receptor, é recomendável o uso de sangue **O RhDNegativo**. Não havendo este tipo de sangue em estoque no serviço, poderá ser usado sangue O positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade.

Os procedimentos devem ser seguidos conforme fluxograma de Transfusão de hemocomponentes de emergência.

No Hospital que o Banco de Sangue tem câmara de conservação manter 2 unidades de concentrado de hemácias O RhDNegativo especificamente destinada a este fim, localizada no Centro Cirúrgico. A utilização destes hemocomponentes está vinculada ao informe prévio ao técnico do Banco de Sangue, em período imediatamente anterior a sua utilização e na proporção de UMA única bolsa por vez.

Uma amostra deste hemocomponente (espaguete) deverá ser identificada e guardada para elaboração das provas de compatibilidade com o soro do paciente.

Se não houver amostra deste paciente no serviço, esta deverá ser colhida assim que possível e

*M. J. A.*

*[Handwritten signature]*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Pagina 13 de 15</b>

enviada imediatamente ao Banco de Sangue, juntamente com a amostra do hemocomponente utilizado.

A utilização do referido hemocomponente não implica na interrupção das provas pré transfusionais, que devem continuar a serem feitas normalmente. Em caso de anormalidade nestas provas, o médico assistente deve ser imediatamente notificado, e a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão deve ser tomada em conjunto por este e pelo médico do serviço de hemoterapia.

A liberação de novas unidades para este paciente de Extrema Urgência só deverão ser realizadas utilizando-se a amostra do mesmo.

## 5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Tubo de coleta.

Etiqueta.

Caneta.

Garrote.

Agulha.

Seringa.

Algodão embebido em álcool 70%.

“Jelco” ou “Scalp”.

Esparadrapo.

Termômetro.

Esfigmomanômetro.

Equipo de Transfusão.

## 6. PROCEDIMENTOS

### 6.1. SOLICITAÇÃO DA TRANSFUÇÃO:

Comunicar o envio da requisição de transfusão e amostras através do celular de plantão (12) 99726-2120 e enviá-las via motorista do hospital.

Encaminhar também a Ficha do Receptor preenchida com os dados do receptor: nome, idade, sexo, cor, endereço, telefone, clínica/leito, prontuário, data da internação, médico assistente, indicação da transfusão, convênio e dados do convênio juntamente com as amostras do paciente devidamente identificadas (conforme item 4.2) e a requisição de transfusão.

*Cópia Controlada*

*[Handwritten signatures]*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	<b>Página 14 de 15</b>

## 6.2. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM ANTES DA TRANSFUSÃO

Conferir os dados da solicitação de transfusão no prontuário médico e na requisição de transfusão.

Identificar o tubo para coleta da amostra de sangue (nome completo, número do registro, data e hora da coleta, clínica e rubrica do responsável pela coleta) podendo ser utilizada a etiqueta do hospital.

Identificar o receptor e seus tubos e coletar as amostras em tubo seco (se, anticoagulante) e em tubo com EDTA (tubo de hemograma).

Encaminhar para o Banco de Sangue junto com a requisição de transfusão.

## 6.3. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM DURANTE A TRANSFUSÃO

Identificar cuidadosamente o receptor, o hemocomponente (tipagem do hemocomponente/receptor) e conferir a prescrição médica. Junto ao leito, antes de iniciar a transfusão.

Identificar cuidadosamente o receptor que será submetido à transfusão, perguntando-lhe seu nome completo e comparando com o rótulo do hemocomponente, caso o paciente esteja incomunicável, ver a identificação descrita no leito, perguntar para enfermagem de plantão.

Verificar a temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial e identificar fatores que poderão comprometer a infusão (Ex.: posicionamento, agitação, medicações, etc.).

Realizar anti-sepsia em sentido único (utilizar "scalps" e/ou "jelcos"), puncionar e somente depois da punção colocar o equipo na bolsa.

Antes de iniciar a transfusão, a enfermagem deverá fazer uma última conferência dos registros do hemocomponente e da identificação do receptor, bem como a prescrição médica no prontuário, estando atento a qualquer discrepância entre os dados. Realizar a **dupla checagem** antes da instalação do hemocomponente realizada pelo enfermeiro (a) do setor e o colaborador (a) da AT.

Em caso de hospitais onde a instalação é realizada pela própria enfermagem, a dupla checagem deverá ser realizada pelo enfermeiro (a) e o técnico (a) de enfermagem.

Verificar a velocidade de infusão (altura/pinça do equipo) e observar rigorosamente os 10 minutos iniciais da transfusão. Após 60 minutos do início da transfusão deverão ser verificados novamente

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>HEMOVALLE – HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA</b>	<b>PO Atendimento Distância</b>
	ANEXO 2 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL ATENDIMENTO À DISTÂNCIA	Pagina 15 de 15

os sinais vitais do paciente, o qual é de responsabilidade da enfermagem do andar.

Observar eventuais sinais de reações, caso existam, proceder conforme descrito no item 4.11.

#### 6.4. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM DEPOIS DA TRANSFUÇÃO

Verificar novamente os sinais vitais, manter o paciente em observação por 30 minutos e observar eventuais reações adversas.

Desprezar o material utilizado, em caso de infusão parcial do hemocomponente devolver o restante ao Banco de Sangue.

Realizar as anotações pertinentes no prontuário médico e informar o horário do término da transfusão ao Banco de Sangue.

Caso não ocorra a transfusão entrar em contato com o Banco de Sangue, para devolução da bolsa, não sendo permitido reintegrá-la ao estoque sem verificar as condições de transporte e acondicionamento.

#### 7. REGISTROS

Formulário de transporte de hemocomponentes

Rótulo do Hemocomponentes.

Prontuário do Paciente.

#### 8. OBSERVAÇÃO

Houve alterações no item 4.6, 6.1 e 6.3 acrescentados descrição da dupla checagem antes da transfusão e sinais vitais após 60 minutos do início da transfusão.

Procedimento Operacional		REV 2018	
Elaboração	Qualidade	Andréia Siqueira  Andréia Siqueira Transfusão	19/04/2018
Aprovação	Diretoria Técnica	Daniela R. Fabri  DRA. DANIELA RAMOS FABRI Hematologia Hemoterapia CREMESP nº 91410	

Cópia Controlada

