

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE Nº 024/2013.

A **AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO SUDOESTE – HURSO**, CNPJ nº 24.232.886/0094-66, CNES nº 6665322, com sede na Avenida Uirapuru, s/nº, Parque Isaura, CEP: 75.920.000, Tel: (64) 3614-9714, fax (64) 3614-9714, e-mail: agtransfusional.hurso@prosaude.org.br de Santa Helena de Goiás - GO, neste ato representado por seu titular Ronaldo Pasquarelli, portador do RG: 15888915 SSP/SP e CRA/SP nº.102.921, CPF nº 072.564.988-70, doravante denominado de **COMPROMITENTE** e o **HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE**, CNPJ nº 02.529.964/0001-57, CNES nº 2589176, com sede na Rua Augusta Bastos esquina com Luiz de Bastos, s/nº Centro, Rio Verde – GO, neste ato representado por ser Diretor Técnico, Dr. Jânio Batista de Assunção, brasileiro, casado, médico hematologista, CRM/GO nº5100, CPF nº 393.860.406-97, doravante **COMPROMISSÁRIO**, por mútuo entendimento e plenamente ajustados, resolvem firmar o presente **TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS**, observando as seguintes condições:

1. DO OBJETO:

Este termo tem por objeto o **FORNECIMENTO, EVENTUAL OU REGULAR, DE HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS, E A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE VISEM ADEQUÁ-LOS ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DO PACIENTE MEDIANTE SOLICITAÇÃO**, na forma do que dispõem especialmente a **Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC/ANVISA nº 57/2010**, de 16 de dezembro de 2010, publicada no D.O.U. de 17/12/2010, a qual aprova o Regulamento Sanitário que estabelece os requisitos para o funcionamento dos serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e componentes e procedimentos transfusionais, incluindo captação de doadores, coleta, processamento, testagem, armazenamento, distribuição, transporte, transfusão, controle de qualidade e proteção ao doador e ao receptor, em todo o território nacional, e a **Portaria GM/MS nº 1353/2011**, de 13/06/2011, publicada no D.O.U. de 14/06/2011, que aprova o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, além de outras relacionadas ou aquelas que as complementarem, substituírem ou sucederem.

2. DA FORMA DE EXECUÇÃO:

As atividades referidas no **OBJETO** serão desenvolvidas pelo **HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE**.

3. DAS OBRIGAÇÕES:

3.1. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMISSÁRIO

- 3.1.1. Fornecer hemocomponentes e/ou hemoderivados em quantidade previamente solicitada, **condicionada à disponibilidade de estoque**, tendo os testes sorológicos obrigatórios com resultados finais não reagentes e liberados de acordo com as normas legais vigentes.
- 3.1.2. Proceder à manipulação do hemocomponente para adequá-lo às necessidades específicas de determinados grupos de pacientes, conforme protocolo utilizado e legislação vigente (deleucotização, irradiação, alíquotagem, aférese, dentre outros).
- 3.1.3. Solicitar informações clínicas complementares que permitam melhor avaliação da indicação dos hemocomponentes e/ou hemoderivados solicitados, e modificar ou adequar; se necessário; a requisição de hemocomponentes e/ou hemoderivados, conforme

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

legislação e melhores práticas hemoterápicas vigentes, visando maior segurança e qualidade transfusional.

- 3.1.4. Fornecer formulário de solicitação de transfusão padronizado para ser utilizado pelo COMPROMITENTE. (ANEXO I)
- 3.1.5. Realizar ações pré-transfusionalis, relativas a captação, processamento, liberação e distribuição dos hemocomponente;
- 3.1.6. O fornecimento, pelo COMPROMISSÁRIO, dos hemocomponentes e/ou hemoderivados solicitados pelo COMPROMITENTE ocorrerá conforme descrição abaixo:
 - Os produtos hemoterápicos solicitados pelo COMPROMITENTE serão disponibilizados no setor de Distribuição do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE;
 - O recebimento e a conferência dos produtos disponibilizados pelo COMPROMISSÁRIO deverão ser realizados em conjunto, pelo funcionário do COMPROMITENTE e do COMPROMISSÁRIO, e ao final da conferência o funcionário do COMPROMITENTE assinará o protocolo de entrega, com data, hora, nome **legível** e/ou com carimbo.
- 3.1.7. Realizar treinamento, sempre que necessário, aos profissionais do COMPROMITENTE (Responsável Técnico (**médicos**) – acerca da responsabilidade técnica, usos e indicações de hemocomponentes, procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, rastreabilidade e gestão da unidade; **outros profissionais de saúde de nível superior** - quanto aos procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, arquivos e rastreabilidade; **de captação de doadores** - quanto aos procedimentos de captação de doadores; **de Hemovigilância** - quanto aos procedimentos em hemovigilância; **administrativos** – quanto aos procedimentos administrativos inerentes). Estes treinamentos podem ser realizados como parte do cronograma de capacitação do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE e/ou solicitados pelo COMPROMITENTE, de acordo com protocolo do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE.
- 3.1.8. Manter os registros pertinentes e de acordo com a legislação vigente, resguardando o sigilo e permitindo a rastreabilidade do produto hemoterápico.
- 3.1.9. Possibilitar o atendimento a doadores de sangue encaminhados ao HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE pelo COMPROMITENTE.
- 3.1.10. Realizar visitas técnicas periódicas ao COMPROMITENTE.
- 3.1.11. Disponibilizar orientações técnico científicas ao Corpo Clínico e administrativo, referentes às atividades hemoterápicas, quando solicitadas pelo COMPROMITENTE.
- 3.1.12. Disponibilizar a legislação vigente, incluindo orientações quando necessário e/ou solicitado.

3.2. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE:

- 3.2.1. Indicar médico Responsável Técnico, podendo ser o próprio Diretor Clínico que deverá assinar este termo de compromisso e co-responsabilidade, juntamente com o titular da unidade, formalizando desta forma sua concordância e responsabilidade quanto aos procedimentos e a sua execução deste termo;
- 3.2.2. Apresentar ao COMPROMISSÁRIO, anualmente e/ou quando solicitado, cópia da licença de funcionamento expedida pela VISA - Vigilância Sanitária, bem como a ficha de cadastro atualizadas (ANEXO III), e manter sob a responsabilidade do Diretor Clínico, devidamente treinado, o atendimento hemoterápico, que compreende a coleta de amostra do receptor para exames pré-transfusionalis, a realização dos testes pré-transfusionalis, o transporte e armazenamento dos hemocomponentes e a realização do procedimento transfusional atendendo às normas vigentes.
- 3.2.3. Cumprir nos prazos especificados as exigências elaboradas pela VISA – Vigilância Sanitária, quando de suas visitas de inspeção.

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governador do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

- 3.2.4. Indicar equipe técnica (médico, enfermeiro, técnicos de patologia ou de hemoterapia, farmacêutico bioquímico ou biomédico) e administrativa, promovendo, incentivando e facilitando a participação da equipe em eventos de capacitação e treinamento em hemoterapia ministrados pelo COMPROMISSÁRIO.
- 3.2.5. Garantir a total aplicabilidade das normas técnicas provenientes da legislação vigente e dos treinamentos ofertados pelo COMPROMISSÁRIO, isentando-o por possíveis falhas durante o processo de operacionalização das mesmas, quando decorrentes do não cumprimento da legislação e/ou das orientações.
- 3.2.6. Responder integralmente pelo transporte, armazenamento e conservação do sangue e seus componentes, de acordo com os padrões recomendados pelo HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE e atendendo a legislação vigente.
- 3.2.7. Apanhar o sangue e hemocomponentes para estoque no horário previamente agendado com o Setor Distribuição do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE, respeitando horário de segunda a sexta-feira. Feriados e finais-de-semana, somente em casos urgentes e de extrema urgência.
- 3.2.8. Para permitir o abastecimento do estoque regulador, a COMPROMITENTE deverá realizar recrutamento de doadores voluntários junto aos pacientes internados (preferencialmente isogrupos). Essa medida visa integrar o COMPROMITENTE na campanha para captação dos referidos doadores. O não cumprimento desse item, apesar de não significar ou ensejar a recusa do fornecimento do sangue ou hemocomponentes, isenta o COMPROMISSÁRIO pelas consequências do não atendimento da solicitação de sangue e hemocomponentes, considerando a disponibilidade de estoque, em razão de sua falta de reposição nas datas oportunas.
- 3.2.9. Para doação autóloga e doação dirigida, deverão ser respeitadas as rotinas estabelecidas pelo COMPROMISSÁRIO.
- 3.2.10. Solicitar ao COMPROMISSÁRIO hemocomponentes e/ou hemoderivados e/ou procedimentos mediante solicitação médica conforme RDC/ANVISA Nº 57/2010/2010, Seção X, art. 124 c/c Portaria GM/MS 1353/2011, art. 109. Para a solicitação de hemocomponentes e/ou hemoderivados para estoque na unidade, deverá ser preenchido formulário próprio com os respectivos quantitativos, assinado pelo Responsável Técnico e enviado ao HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE. Essa solicitação poderá ser enviada inicialmente por fax ou e-mail, devendo em seguida ser encaminhada a via original para que os produtos sejam liberados e entregues:

a) HEMOCOMPONENTES:

1. Concentrado de hemácias;
2. Concentrado de plaquetas;
3. Concentrado de plaquetas por aférese;
4. Plasma fresco congelado;
5. Crioprecipitado;

b) HEMODERIVADOS:

1. Concentrado de fator de coagulação VIII (apenas para pacientes hemofílicos cadastrados no Ministério da Saúde);
2. Concentrado de fator de coagulação IX (apenas para pacientes hemofílicos cadastrados no Ministério da Saúde);
3. Concentrado de fator de coagulação de Von Willebrand (8y) (apenas para pacientes portadores de coagulopatias cadastrados no Ministério da Saúde);
4. Concentrado de complexo protrombínico ativado (CCPA);
5. Concentrado de complexo protrombínico (CCP).

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governador do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

c) **PROCEDIMENTOS:**

1. Irradiação de hemocomponentes;
2. Sangria terapêutica;

- 3.2.11. Solicitar ao COMPROMISSÁRIO, com antecedência mínima de 72 horas (setenta e duas horas), excluindo finais de semana e feriados, reserva de sangue e hemocomponentes para grandes cirurgias eletivas.
- 3.2.12. Realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais na amostra do receptor de acordo com o hemocomponente prescrito conforme as regulamentações RDC/ANVISA Nº 57/2010/2010, Portaria GM/MS nº 1353/2011, arts. 110 a 114, outras relacionadas ou aquelas que as substituírem e/ou sucederem.
- 3.2.13. Encaminhar ao COMPROMISSÁRIO amostra do receptor para identificação de Anticorpos Irregulares quando ocorrer, de acordo com protocolo do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE.
- 3.2.14. Manter todos os registros relativos as atividades e procedimentos, permitindo a rastreabilidade dos hemocomponentes e informações, de acordo com a legislação vigente.
- 3.2.15. Responsabilizar-se pelo destino adequado dos resíduos biológicos gerados pelo ato transfusional ou por outros procedimentos técnicos realizados na unidade, conforme legislação vigente.
- 3.2.16. A cada solicitação de hemocomponentes para abastecimento da unidade, informar ao COMPROMISSÁRIO os registros de utilização dos hemocomponentes fornecidos no pedido anterior, com dados sobre a quantidade de bolsas recebidas, utilizadas e em estoque, por tipo de hemocomponente; contendo também informações sobre o procedimento transfusional com dados dos receptores e dos hemocomponentes utilizados, devolvidos e descartados, bem como do estoque atual. As informações serão utilizados pelo COMPROMISSÁRIO para atender requisito legal (rastreabilidade) e faturamento, quando for o caso e para gerenciar o fornecimento dos hemocomponentes solicitados. Essa informação deverá vir por escrito através do preenchimento dos formulários específicos, devidamente assinados pelo Responsável Técnico da unidade.
- 3.2.17. Disponibilizar os funcionários do serviço, Responsável Técnico, demais profissionais de saúde, profissional responsável pela captação de doadores e motoristas para treinamento e educação continuada sempre que solicitado pelo COMPROMISSÁRIO.
- 3.2.18. Indicar profissional para realizar trabalho de captação de doadores voluntários de sangue, o qual deverá ser capacitado pelo COMPROMISSÁRIO, com o objetivo de colaborar com a manutenção do estoque de hemocomponentes.
- 3.2.19. Comunicar ao COMPROMISSÁRIO, imediatamente e por escrito, qualquer anormalidade ocorrida durante o processo transfusional, especificando a alteração observada.
- 3.2.20. O médico solicitante deve ser informado dos riscos, e será responsável pelas consequências do ato transfusional se uma emergência for criada por seu esquecimento ou omissão.
- 3.2.21. Manter condições técnicas ideais para armazenamento dos produtos hemoterápicos, inclusive nos casos de centro cirúrgico em atividade, tendo o cuidado de não violar a bolsa diante da impossibilidade de instalação imediata da transfusão. Para cumprimento deste item, deverá manter geladeira para uso exclusivo do armazenamento de hemocomponentes, a qual disporá de termômetro, alarme sonoro e visual e mapa de registro de temperatura.
- 3.2.22. Não fornecer, em nenhuma hipótese, sangue e seus componentes a outros estabelecimentos de serviços de saúde, com exceção do **HOSPITAL SANTA HELENA** e **HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA HELENA**, ainda que conveniados ou contratados com o **HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE**, salvo em situações expressamente autorizadas por este, sob pena de ensejar a imediata rescisão deste termo.

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

- 3.2.23. Informar ao COMPROMISSÁRIO, por escrito, assinado pelo Responsável Técnico, a internação de pacientes portadores de doenças hematológicas que necessitarão de transfusões por tempo prolongado.
- 3.2.24. Informar ao COMPROMISSÁRIO, por escrito, com antecedência mínima de 90 dias assinado pelo Responsável Técnico, a abertura de novos serviços, tais como: UTI neonatal, transplante de órgãos e tecidos, cirurgias cardiovasculares, serviços de onco hematologia e serviços de emergência e trauma em sua unidade ou área de abrangência.
- 3.2.25. Designar um médico e outro profissional de saúde para assegurar o processo de hemovigilância, sua implantação e acompanhamento, conforme as diretrizes do termo e de acordo com a legislação vigente.
- 3.2.26. Garantir o processo de hemovigilância comunicando imediatamente ao COMPROMISSÁRIO por escrito, após investigação do incidente transfusional, qualquer anormalidade havida com o paciente que possa ser imputada à transfusão do produto sanguíneo fornecido, especificando a alteração observada de acordo com o Manual de Hemovigilância/Ministério da Saúde.
- 3.2.27. Enviar ao COMPROMISSÁRIO, Relatório de Ocorrência Transfusional (ROT), contendo relação nominal dos pacientes que receberam transfusão, especificando o convênio (quando for o caso), componente recebido com número de identificação, quantidade, data e local da transfusão, e se houve reação transfusional.
- 3.2.28. Permitir ao COMPROMISSÁRIO a realização de auditorias, para fins de verificação da correta execução deste contrato e das atividades relativas aos procedimentos transfusionais.

4. DO TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE SANGUE E COMPONENTES

- 4.1. O transporte de sangue e hemocomponentes é exclusivamente de responsabilidade do COMPROMITENTE e, obrigatoriamente deve ser realizado por pessoas capacitadas para tal fim, observando-se o disposto na RDC/ ANVISA nº 57/2010 e Portaria GM/MS nº 1353/2011.
- 4.2. O COMPROMITENTE deverá cadastrar junto ao setor de estoque e distribuição do HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE, os motoristas que serão responsáveis pelo transporte. **Não poderão realizar o transporte motoristas não cadastrados.** Funcionários não cadastrados, **EXCEPCIONALMENTE** poderão transportar sangue e componentes, desde que apresentem autorização por escrito do Responsável Técnico da unidade hemoterápica e/ou Direção do COMPROMITENTE.
- 4.3. É de responsabilidade do COMPROMITENTE, transportar amostras, hemocomponentes e hemoderivados em recipiente validado para manter as condições adequadas de armazenamento e por profissional credenciado.
- 4.4. O sangue e hemocomponentes devem ser transportados em caixas térmicas resistentes, sem vazamentos, em boas condições de higiene e limpeza, com etiqueta de identificação contendo o nome, telefone e endereço do Hospital, acompanhados de declaração de conteúdo.
- 4.5. As caixas térmicas deverão ser transportadas em veículo fechado, não sendo permitido a realização do transporte por motos ou bicicletas.
- 4.6. As caixas para os transportes deverão conter termômetro externo, com alarme sonoro, com graduação para temperatura mínima e máxima, capazes de aferir a temperatura no interior da caixa durante o transporte sem necessidade de abri-la.
- 4.7. O concentrado de hemácias deverá ser transportado entre 1 – 10°C, com gelo reciclável, sendo que é necessário que os produtos sejam protegidos contra o contato direto com o gelo.
- 4.8. O concentrado de plaquetas deverá ser transportado entre 20 – 24°C.
- 4.9. O crioprecipitado e plasma congelado deverão ser transportados de maneira que se mantenha o congelamento, em temperatura de -20 °C ou inferior, utilizando para isso preferencialmente gelo seco.
- 4.10. O COMPROMITENTE deverá manter, quando necessário, em condições técnicas ideais o armazenamento do sangue, hemocomponentes, reagentes e amostras conforme disposto na

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

RDC/ANVISA Nº 57/2010/2010 e Portaria GM/MS 1353/2011, Seção VIII, inclusive com o monitoramento da temperatura.

- 4.11. No caso de concentrado de hemácias e/ou concentrado de plaquetas que, pelo histórico e/ou previsão de uso, sejam considerados passíveis de vencimento na unidade, o **COMPROMITENTE** deverá devolvê-los ao **COMPROMISSÁRIO** respeitando os seguintes prazos: **Concentrado de hemácias** – 03 (três) dias antes do vencimento; **Concentrado de Plaquetas** – 01 (um) dia antes do vencimento;

5. DO RESSARCIMENTO:

- 5.1. O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, conforme preceitua o art. 199, § 4º da Constituição Federal, é suprido através do ato voluntário da doação de sangue por amigos, familiares e comunidade. O ressarcimento a ser realizado ao **COMPROMISSÁRIO** e **COMPROMITENTE** refere-se ao processamento e aos procedimentos realizados neste sangue doado, permitindo qualidade e segurança no seu uso. O ressarcimento dos procedimentos relativos a produção dos hemocomponentes utilizados no âmbito do SUS se dará conforme legislação vigente, notadamente Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Lei 10.205/2001, Portaria 1.737/2004 GM/MS, Portaria 1.469/2006 GM/MS, além de outras inerentes ao repasse de recursos no SUS.
- 5.2. É vetado ao **COMPROMITENTE**, salvo os casos especificados neste instrumento, efetuar qualquer cobrança pelos procedimentos e processamentos dos produtos hemoterápicos utilizados fornecidos pelo **COMPROMISSÁRIO** (captação, triagens, coleta, processamento (fracionamento), exames sorológicos e imunohematológicos), podendo o **HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE** suspender imediatamente o fornecimento de hemocomponentes e/ou hemoderivados caso comprovada cobrança irregular aos pacientes e/ou convenientes.
- 5.3. Nos casos de pacientes Não-SUS, o ressarcimento deverá ser efetuado conforme determinação das legislações vigentes, em especial, as portarias ministeriais 1.737/2004 GM/MS e 1.469/2006 GM/MS.

6. DAS PENALIDADES:

- 6.1. Pela inexecução total ou parcial deste termo poderão ser aplicadas ao **COMPROMITENTE**, a critério do **COMPROMISSÁRIO**, garantida a prévia defesa, as seguintes sanções:
- a) advertência;
 - b) suspensão temporária;
 - c) para os casos de reincidência com relação aos itens previstos, e principalmente diante da recusa do **COMPROMITENTE** em cumprir o previsto na legislação vigente, o **COMPROMISSÁRIO** oferecerá denúncia à VISA – Vigilância Sanitária local e ao Conselho Regional de Medicina.
- 6.2. Da aplicação das penas de advertência ou suspensão temporária caberá recurso ao **COMPROMISSÁRIO**, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.
- 6.3. Quando interposto o recurso, deverá ser entregue contra recibo no protocolo da sede do **COMPROMISSÁRIO**.
- 6.4. O **COMPROMISSÁRIO** suspenderá ainda o fornecimento de hemocomponentes e/ou hemoderivados ao **COMPROMITENTE** se comprovada a comercialização ou a existência de Contratos/Convênios paralelos de Assistência Hemoterápica.

7. DA VIGÊNCIA:

- 7.1. O presente termo vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado a cada ano se nenhuma das partes se pronunciar em contrário até 30 (trinta) dias antes do término.

8. DA RESCISÃO E ALTERAÇÃO:

- 8.1. O presente termo poderá ser rescindido pelo inadimplemento de qualquer das cláusulas nele estabelecidas, podendo ser rescindido, ainda, sem qualquer ônus, desde que a parte

SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governador do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

interessada comunique à outra por escrito com, no mínimo, 90 (noventa) dias de antecedência, bem como poderá ser alterado ou complementado mediante Termo Aditivo, em concordância plena e formal das partes.

9. FUNDAMENTO LEGAL:

9.1. Este termo é celebrado de acordo com as disposições das normas de Direito Civil c/c com a Legislação do SUS, especialmente Lei 8.080/90, Lei 8.142/90, Lei 10.205/2001, Portarias Ministeriais 1.737/04, 1.469/2006, 1353/2011 RDC nº 151/01, RDCANVISA 57/2010, RDC nº 306/04, RDC nº 010/04.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS:

- 10.1. Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior de que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, o **HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE** não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ele tão somente acionar o sistema de coleta emergencial a fim de dar suporte de atendimento a essas situações.
- 10.2. Os casos omissos do presente termo, ou dúvidas decorrentes de sua aplicação, serão resolvidas de comum acordo entre as partes mediante troca de correspondência específica, que passará a fazer parte integrante do presente instrumento para todos os efeitos legais.
- 10.3. As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia, Estado de Goiás, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais divergências decorrentes das obrigações e compromissos assumidos pelas mesmas perante este termo.

E por estarem justos e acertados o COMPROMITENTE e o COMPROMISSÁRIO assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor para os mesmos efeitos legais, e perante testemunhas em número de 02 (duas) que também o assinam.

Rio Verde, 01 de julho de 2013.


Carlos J. Massarenti
Diretor de Filantropia

RONALDO PASQUARELLI
Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO – A/T


DANILO OLIVEIRA DA SILVA
Hospital de Urgências da Região Sudoeste – HURSO – A/T

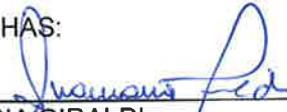

JÂNIO BATISTA DE ASSUNÇÃO
Hemocentro Regional de Rio Verde



SUS
Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado de Saúde
HEMOCENTRO REGIONAL DE RIO VERDE

TERMO DE COMPROMISSO E CO-RESPONSABILIDADE

TESTEMUNHAS:

1. 
ANAMARIA GIRALDI
RG: 1.022.384.562 SSP/RS

2. 
GEAN ANDALECIO GONÇALVES
RG: 4635496 DGPC/GO

ANEXOS:

- Solicitação de Hemocomponentes e/ou Hemoderivados



**NOME DO HOSPITAL SOLICITANTE
ENDEREÇO COMPLETO
TELEFONE
CGC**

Requisição de Sangue e Hemocomponentes para Transfusão

Nome do Paciente _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: (____) _____

Prontuário ou Registro: _____ Nº do Leito: _____

Nº cartão SUS _____

Diagnostico/Indicação: _____

Transfusão Prévia: () sim () não.

Antecedentes transfusionais: Reação transfusional: () sim () não.

Concentrados de plaquetas: _____ unidades

Hemocomponentes solicitados: Concentrados de hemácia: _____ unidades

Plasma fresco congelado: _____ unidades

Transfusão: Programada para o dia: ____/____/____ Hora: ____:____

Não urgente: (dentro de 24 horas) ()

Urgente: (dentro de 3 horas) ()

Extrema Urgência: (risco de vida) ()

Data: ____/____/____

Medico: _____ CRM: _____

ATENÇÃO: Enviar ao Hemocentro junto com o pedido médico:

- **Amostras de sangue do paciente em tubo seco 3 ml e 2 ml em tubo com anticoagulante (EDTA), devidamente identificados.**
- **Caixa térmica com gelo e termômetro.**
- **O Sangue deverá ser transportado à temperatura de 1° a 10° C.**

