

CONTRATO Nº. 005/2024

HMUE 007/2024

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO NA CONDIÇÃO DE CONTRATANTE **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** ADMINISTRADORA DO **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** E DE OUTRO NA CONDIÇÃO DE CONTRATADO O **CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA**.

Pelo presente instrumento, de um lado:

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH, pessoa jurídica de direito privado, qualificada no Pará como Organização Social em Saúde, por intermédio do Dec. Estadual nº. 2.433 de 06/08/2010, publicado no DOE nº 31.727 em 10.08.2010, inscrito no CNPJ sob o nº. 23.453.830/0029-70 (Filial) sito à Rodovia BR 316, s/n, Km 03, Bairro Guanabara, Ananindeua-Pará, CEP: 67010-000, administradora do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, pessoa jurídica de direito público, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES 559504, com sede na Rodovia BR-316, KM 03 S/N, Bairro Atalaia, CEP: 67.010-000, Ananindeua-Pará, financeiro.hmue@indsh.org.br, na condição de **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente **JOSE CARLOS RIZOLI**, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG nº. 3.148.647-2 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº. 171.893.228-68 em pleno exercício regular de suas funções, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

e de outro lado,

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ - HEMOPA, fundação pública, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.837.521/0001-11, com registro no Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde - CNES 2.752.697, com sede na Travessa Padre Eutíquio nº. 2109, Batista Campos, CEP: 66033-000, Belém-Pará, na condição de **CONTRATADO**, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. **PAULO ANDRÉ CASTELO BRANCO BEZERRA**, brasileiro, solteiro, Administrador, portador do RG 2.847.152 – SSP/PA, inscrito no CPF sob o nº. 229.089.192-49, residente e domiciliado em Belém-PA, em pleno exercício regular de suas funções.

Considerando o disposto na Lei nº. 10.205/2001 e na Portaria de Consolidação nº. 05/2017;

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP: 66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

Resolvem as partes firmar o presente CONTRATO PARA FORNECIMENTO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES, e o fazem mediante as cláusulas e condições a seguir pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Contrato tem por objeto o FORNECIMENTO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES examinados e liberados por parte do CONTRATADO, aos pacientes da CONTRATANTE.

1.1. Os HEMOCOMPONENTES disponibilizados pelo CONTRATADO encontram-se descritos no ANEXO I deste instrumento contratual.

Parágrafo Único - O Concentrado de Hemácias será disponibilizado conforme critérios técnicos de necessidade de utilização.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS DIREITOS E DAS OBRIGAÇÕES

2.1. DOS DIREITOS.

2.1.1. DO CONTRATADO: receber as informações a respeito do SANGUE E HEMOCOMPONENTES transfundidos a fim de ser ressarcida dos custos operacionais; e

2.1.2. DA CONTRATANTE: receber o objeto deste contrato nas condições avençadas.

2.2. DAS OBRIGAÇÕES.

2.2.1. DO CONTRATADO: Disponibilizar sangue e hemocomponentes com testes sorológicos realizados, testes imunohematológicos e pesquisa de anticorpos irregulares do doador.

I - Fornecer orientações técnicas e portarias vigentes necessárias para realização das rotinas hemoterápicas.

II – Disponibilizar treinamento e reciclagem dos funcionários da Agência Transfusional do Hospital, capacitando-os a cumprir todas as etapas técnicas. O treinamento constará de carga-horária e data pré-estabelecida pelo CONTRATADO.

III - Oportunizar ações que visem à estimulação da doação voluntária de sangue na área de abrangência da CONTRATANTE.

IV - Em casos de soroconversão, proceder investigação de retrovigilância nas doações realizadas e comunicar ao médico responsável pelo paciente o resultado da investigação.

Parágrafo Único: A investigação dos receptores deve ser feita pelo serviço de saúde que realizou a transfusão.

V - Disponibilizar produtos hemoterápicos em plantão 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

VI - Prestar quando solicitado, serviços de consultoria e assessoramento na adequação da área física para funcionamento da Agência Transfusional.

2.2.2. DA CONTRATANTE: Manter sob a responsabilidade do Diretor Clínico, devidamente treinado, o atendimento hemoterápico que compreende a indicação e prescrição dos hemocomponentes, o transporte e conservação dos hemocomponentes conforme normas vigentes, bem como sua instalação, transfusão, acompanhamento transfusional e a responsabilidade final por todas as adequações médicas e técnicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e hemocomponentes;

I – Manter a área física e quadro de pessoal necessário ao funcionamento da Agência Transfusional sob a responsabilidade de profissional médico, preferencialmente hematologista/hemoterapeuta;

II - Apresentar, anualmente, cópia atualizada do **Alvará de Funcionamento** da Agência Transfusional e **Termo de Responsabilidade Técnica** expedidos pelos órgãos competentes, bem como cadastro atualizado do SUS.

III – É de responsabilidade da CONTRATANTE a realização, na Agência Transfusional existente em suas dependências, os exames de pesquisa de grupo sanguíneo ABO, fator RH e provas de compatibilidade PAI – I e II, CD, AC e RH (D) fraco, bem como armazenamento de sangue e seus componentes a serem transfundidos em pacientes.

IV - Adotar, exclusivamente, o formulário de **Solicitação de Estoque de Componente Sanguíneo - ANEXO II** do instrumento contratual, para solicitação de sangue e hemocomponentes fornecido pelo CONTRATADO com o preenchimento da solicitação de maneira correta e legível.

V - Não será aceita **Solicitação de Estoque de Componente Sanguíneo** em formulário de requisição incompleto, ilegível ou rasurado.

VI - Os atendimentos devem ser realizados de forma a suprir as necessidades dos beneficiários, priorizando-se os casos de emergência ou urgência.

VII - Solicitar ao CONTRATADO, 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, nos termos abaixo:

- a) “Programada”, para determinado dia e hora;
- b) “Não Urgente”, a se realizar dentro das 24 horas;
- c) “Urgente”, a realizar dentro das 3 horas;

d) “De extrema urgência”, quando qualquer retardo na administração da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.

VIII - Responsabilizar-se pelo recebimento e acondicionamento adequado dos produtos hemoterápicos solicitados, cumprindo horários e dias agendados pela contratada.

IX - Responsabilizar-se pelo transporte dos produtos hemoterápicos de acordo com as normas vigentes, garantindo a qualidade dos produtos.

XI - Para doação autóloga e doação dirigida, deverão ser respeitadas as rotinas estabelecidas pelo CONTRATADO.

XII - Informar o CONTRATADO, por escrito, assinado pelo Responsável Técnico, a internação de pacientes portadores de doenças hematológicas que necessitarão de transfusões por tempo prolongado.

XIII - Informar o CONTRATADO, 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.

XIV - Disponibilizar 1 (um) profissional no mínimo, para assumir a função de captação de doadores sob orientação do Serviço de Captação de Doadores do CONTRATADO.

XV – Nos casos em que não forem utilizadas as bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação, má conservação ou com prazo de validade vencido, é de responsabilidade da CONTRATANTE o descarte adequado do resíduo biológico.

Parágrafo Único. É de responsabilidade da CONTRATANTE o destino adequado dos resíduos biológicos gerados pelo ato transfusional.

XVI – É de responsabilidade da CONTRATANTE o fornecimento de SANGUE e/ou HEMOCOMPONENTES a outros estabelecimentos de saúde em condições adequadas de utilização.

XVII - Receber, em suas dependências, equipe do CONTRATADO em visitas periódicas e eventuais para avaliação adequada do cumprimento do presente Convênio.

XVIII - Encaminhar a Gerência de Hemovigilância e Supervisão – GEHES do CONCEDENTE, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço, o Registro de Transfusão de Hemocomponentes que deverá ser encaminhado juntamente com as cópias das “Solicitações de Procedimentos e Produtos Hemoterápicos”, bem como das Cartelas/Comprovantes de Transfusão.

Parágrafo Único. As CARTELAS/COMPROVANTES deverão estar preenchidas de maneira legível e sem rasuras.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL: A CONTRATANTE disponibilizará área física nas dependências do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** necessária ao funcionamento da Agência Transfusional, bem como será responsável pelo seu regular funcionamento.

I - A CONTRATANTE designará, do seu quadro de pessoal, profissional médico, preferencialmente, hematologista/hemoterapeuta que será responsável pela AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.

II - É responsabilidade da CONTRATANTE destacar de seu quadro de pessoal os profissionais que atenderão a Agência Transfusional localizada nas dependências do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, bem como cumprir as obrigações legais relativas a encargos fiscais, trabalhistas, sociais, previdenciários, civis e comerciais que incidam sobre a atividade desenvolvida, eximindo o CONTRATADO de quaisquer dessas responsabilidades.

III - A Agência Transfusional localizada nas dependências do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** será aparelhada pelo TRATADO/CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARÁ - HEMOPA com os equipamentos necessários ao funcionamento do local, sendo este responsável pela sua integridade e manutenção.

IV - O CONTRATADO/CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARÁ alocará na Agência Transfusional a fim de garantir o seu perfeito funcionamento, os equipamentos listados no termo de cessão de uso – ANEXO III deste contrato.

V - Os equipamentos alocados na Agência Transfusional localizada nas dependências do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** são de propriedade do CONTRATADO/CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARÁ - HEMOPA e, em caso de rescisão contratual, serão retirados do local no prazo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUARTA – DA HEMOVIGILÂNCIA: A fim de prevenir o aparecimento ou recorrência de eventos adversos ocorridos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor nas diferentes etapas do ciclo do sangue, a CONTRATANTE compromete-se:

I - Notificar por escrito o CONTRATADO, através da ficha de Notificação de Reações Transfusionais/Hemovigilância – ANVISA/MS, dos receptores de hemocomponentes que apresentarem exames reagentes para doenças com suspeita de transmissão pela transfusão de sangue.

II - Nos casos em que houver a soroconversão de doadores, o CONTRATADO notificará a CONTRATANTE que se responsabilizará por realizar o rastreamento e os exames pertinentes dos receptores de hemocomponentes e comunicar o resultado ao CONTRATADO.

III - A CONTRATANTE responsabilizar-se-á pela investigação e notificação das reações transfusionais.

IV - Permitir o acesso da equipe de “Captação de Doadores” do CONTRATADO, às instalações da CONTRATANTE, para, em conjunto com a equipe multiprofissional da CONVENIENTE, orientar e sensibilizar os usuários e funcionários sobre a importância da doação de sangue.

V - Permitir o acesso da equipe de Hemovigilância do CONTRATADO, às instalações da CONTRATANTE, para monitoramento das reações transfusionais agudas e tardias e do ato transfusional, visando a melhoria da qualidade dos processos em hemoterapia e aumento da segurança do paciente.

VI - Permitir o acesso da equipe de Serviço Social do CONTRATANTE, às instalações da CONTRATADO, a fim de ministrar treinamento a equipe hospitalar para abordagem aos familiares no que diz respeito a reposição de sangue.

VII - Promover o incentivo e encaminhamento de doadores às coletas programadas pelo CONTRATADO a fim de atender a demanda de sangue da CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUINTA – DA CONSULTA AOS PRONTUÁRIOS: A CONTRATANTE CONVENIENTE compromete-se a permitir vista aos médicos da CONVENIADA ou a empresa de auditoria especialmente designada pelo CONCEDENTE, em suas dependências, aos prontuários dos pacientes cujos nomes forem prévia e formalmente comunicados a CONVENIENTE, para fins de auditoria transfusional.

I - A CONTRATANTE está obrigada, através de seus médicos e/ou auditores designados, a preservar o caráter de confidencialidade dos prontuários visando assegurar a boa assistência médico-hospitalar, observados o sigilo médico, o Código de Ética Médica e a privacidade dos pacientes.

II - A CONTRATANTE, quando solicitado pelo CONTRATADO, deverá informar dados assistenciais dos atendimentos prestados aos pacientes.

CLÁUSULA SEXTA – DO RESSARCIMENTO DOS CUSTOS OPERACIONAIS: Ocorrendo a utilização, pela CONTRATANTE, de SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES fornecidos pelo CONTRATADO, em seus pacientes, o ressarcimento referente aos custos operacionais dos produtos fornecidos seguirá as seguintes normas:

I - A CONTRATANTE cabe realizar o faturamento referente aos procedimentos pré-transfusionais e transfusionais.

II - A CONTRATANTE não poderá, em nenhuma hipótese, repassar aos pacientes atendidos em suas dependências os custos dos insumos, materiais, exames laboratoriais, sorológicos, de ácidos nucleicos e imunohematológicos incorridos,

bem como dos honorários por serviços médicos referente ao SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES fornecidos pelo CONTRATANTE.

III - O ressarcimento dos custos dos insumos, materiais, exames laboratoriais, sorológicos, de ácidos nucléicos e imunohematológicos incorridos, bem como dos honorários por serviços médicos referente ao SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES se dará mediante apresentação da Guia de Solicitação de procedimentos e produtos hemoterápicos – ANEXO II, da seguinte maneira:

III.a – Aos pacientes do SUS, o HOSPITAL/CONTRATANTE não poderá, em nenhuma hipótese, repassar os custos dos serviços realizados pelo HEMOPA, sendo facultado ao HOSPITAL/CONTRATANTE realizar o faturamento via SUS inerente aos procedimentos pré-transfusionais e transfusionais, de conformidade com a respectiva tabela SUS;

IV - A CONTRATANTE deverá enviar o relatório de utilização do sangue e hemocomponentes até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente a prestação do serviço a fim que o CONTRATADO possa emitir a fatura para ressarcimento dos custos operacionais.

V - O plasma fresco congelado, plaquetas e crioprecipitado não são passíveis de devolução.

VI - Havendo descarte, o produto será cobrado como transfundido.

VII - É vedado ao hospital, salvo nos casos especificados neste instrumento, efetuar qualquer cobrança pelos procedimentos e processamentos dos produtos hemoterápicos utilizados, fornecidos pelo CONTRATADO. Caso comprovada cobrança irregular aos pacientes pode a CONTRATADO suspender o fornecimento de SANGUE E/OU HEMOCOMPONENTES.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA: O presente contrato vigorará por 12 (doze) meses, a partir de **28 de maio de 2024**, nos termos da CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA do **Contrato de Gestão nº. 002/SESPA/2024**.

CLÁUSULA OITAVA – DA ACESSORIEDADE: Este contrato é acessório do principal que foi assinado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado e Saúde pública do Estado do Pará, CONTRATO DE GESTÃO 002/SESPA/2024. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindirá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e/ou hipótese e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

CLÁUSULA NONA – DO TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DE SANGUE E COMPONENTES: O transporte de sangue e hemocomponentes são de exclusiva responsabilidade da CONVENIENTE e, obrigatoriamente deve ser realizado por pessoas capacitadas para tal fim.

I - O sangue e hemocomponentes devem ser transportados em caixas térmicas em boas condições de limpeza, com etiqueta de identificação contendo o nome do Hospital e a Cidade.

II - As caixas térmicas deverão ser transportadas em veículo fechado, não sendo possível à realização do transporte por motos ou bicicletas.

III - As caixas para o transporte deverão conter termômetro para ambiente com graduação para mínimo e máximo e tabela de controle de temperatura no transporte.

IV - O concentrado de hemácias deverá ser transportado entre 1º a 10ºC, com gelo reciclável, sendo que é necessário o uso de embalagem de papelão para proteger o produto contra o contato direto com o gelo.

V - O concentrado de plaquetas deverá ser transportado entre 20º a 24ºC.

VI - O crioprecipitado e plasma congelado deverão ser transportados de maneira que se mantenha o congelamento, com a substância gelo seco -20ºC ou inferior.

VII – É de responsabilidade da CONTRATANTE manter em condições técnicas ideais o armazenamento do sangue e hemocomponentes.

VIII - Manter geladeira e freezer para uso exclusivo do armazenamento de sangue e hemocomponentes, que deverá dispor de um termômetro compatível com a faixa da temperatura da unidade armazenadora e mapa de registro da temperatura medida de 4 (quatro) em 4 (quatro) horas, objetivando o cumprimento do disposto no item VII.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES: A inobservância, pela CONTRATANTE, das cláusulas e obrigações constantes deste Convênio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o CONTRATADO a aplicar, em cada caso, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) suspensão temporária do serviço, resguardadas as situações de urgência e emergência.

I - A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu e dele será notificado o CONTRATANTE.

II - A partir do conhecimento da aplicação das penalidades, caberá recurso ao CONTRATADO no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA FISCALIZAÇÃO: O CONTRATADO poderá a qualquer momento realizar atividades de avaliação, controle e auditoria dos documentos e informações relacionadas ao fornecimento de sangue e hemocomponentes aos pacientes.

I - O CONTRATADO poderá fiscalizar as atividades técnicas da CONTRATANTE, indicando técnico responsável para esse fim, visando a perfeita execução do objeto contratado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO E ALTERAÇÃO: O Contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes, comunicada à outra, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e por inadimplência de qualquer de suas cláusulas e condições; bem como poderá ser alterado ou complementado mediante Termo Aditivo, em concordância plena e formal das partes.

I - O Contrato será resiliado por inadimplência da observância de qualquer de suas cláusulas e condições ou pela superveniência de fatos ou normas legais que o tornem inexecutável, bem como poderá ser alterado ou complementado, consensualmente, mediante Termo Aditivo, em concordância plena e formal das partes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VINCULAÇÃO E DA REGÊNCIA: O presente convênio se rege pelas disposições pactuadas pelas partes CONTRATANTE, em estrita obediência aos preceitos das normas de Direito Civil e ditames da Lei Federal nº. 8666/93, Lei nº. 10.205/2001 e na Portaria de Consolidação nº. 05/2017 com suas alterações posteriores, bem como a todas as disposições legais atinentes à espécie, e da qual as partes declaram, para todos os efeitos, conhecer e responsabilizar-se pelo cumprimento, mesmo que não expressas neste Termo Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL: A CONTRATANTE é responsável pela indenização de dano causado ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, decorrentes de atos ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, profissionais ou prepostos.

I - A CONTRATANTE é responsável pelos danos causados ao meio ambiente em razão do descarte inadequado de sangue e/ou hemocomponentes disponibilizados.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VEDAÇÃO DE EXCLUSIVIDADE: É vedada a exclusividade na relação contratual ora pactuada, sendo as partes contratantes independentes para firmar outros instrumentos jurídicos com terceiros para a mesma finalidade.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS CASOS OMISSOS: As situações novas suscitadas pelo presente Contrato, compatíveis com seu objeto, serão resolvidas em comum acordo pelas partes, mediante troca de correspondência que passará a fazer parte integrante do presente instrumento para todos os efeitos legais, por meio de reuniões de trabalho das quais serão extraídas atas formais aprovadas, bem como outro expediente administrativo adequado de aceitação recíproca pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: É vedada a utilização do convênio para qualquer operação financeira sem a prévia e expressa anuência do CONTRATADO.

I - Fica acordado entre as partes que a exclusão ou inclusão de procedimentos no curso da vigência contratual deverá ser ajustada mediante termo aditivo específico para esse fim.

II - Os valores e condições desse contrato passam a vigor a partir da data da sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO: Fica eleito o foro da Comarca de Belém-Pará para dirimir eventuais divergências originadas deste Contrato, com a renúncia de qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

E, assim por estarem justas e acertadas, as partes assinam o presente Contrato em 03 (três) vias, de igual teor, para que passe a produzir os devidos e jurídicos efeitos, perante as testemunhas abaixo identificadas.

Belém-Pará, 28 de maio de 2024.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará



Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL
MULTIPLA G1
Data: 13/08/2024 14:07:04 -03:00



JOSÉ CARLOS RIZOLI
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Cessionário

Assinado eletronicamente por:
Paulo André Castelo Branco Bezerra
CPF: ***.089.192-**
Data: 20/08/2024 13:18:20 -03:00



Paulo André Castelo Branco Bezerra
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ –
HEMOPA
Contratado

TESTEMUNHAS:

Assinado eletronicamente por:
Marcelo Azevedo Costa
CPF: ***.341.594-**
Data: 13/08/2024 16:40:19 -03:00



Assinado eletronicamente por:
Lenise Ayres Pereira
CPF: ***.210.712-**
Data: 14/08/2024 14:04:26 -03:00



CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP:66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

ANEXO I

SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

O HEMOPA fornecerá **SANGUE e HEMODERIVADOS**, examinados e liberados de acordo com as normas legais e com as seguintes discriminações:

1. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

- 1.1 – concentrado de hemácias aliquotado
- 1.2 – concentrado de hemácias aliquotado filtrado
- 1.3 – concentrado de hemácias aliquotado irradiado
- 1.4 - concentrado de hemácias aliquotado filtrado e irradiado
- 1.5 – concentrado de hemácias lavado
- 1.6 – concentrado de hemácias filtrado
- 1.6 – concentrado de hemácias irradiado
- 1.7 – concentrado de hemácias fenotipadas
- 1.8 - concentrado de hemácias lavado e filtrado
- 1.9 - concentrado de hemácias lavado e irradiado
- 1.10 – concentrado de hemácias filtrado e irradiado
- 1.11 - concentrado de hemácias aliquotada, filtrada e irradiada

2. CONCENTRADO DE PLAQUETAS

- 2.1 – concentrado de plaquetas irradiada
- 2.2 – concentrado de plaquetas filtrada
- 2.3 – concentrado de plaquetas filtrada e irradiada
- 2.4 – Sangria
- 2.5 – Reserva
- 2.6 – Unidade de Plaquetafereze Filtrada
- 2.7 – Unidade de Plaquetafereze filtrada e irradiada
- 2.8 – Unidade de Plaquetafereze irradiada
- 2.10 – Plasmaferese terapêutica.

3. PLASMA FRESCO CONGELADO

- 3.1 Plasma Fresco Congelado Aliquotado

4. CRIOPRECIPITADO

- 4.1 Pool de Crioprecipitado

5. PIC – Plasma Isento de Crio

ANEXO II

TERMO DE CESSÃO DE USO DE EQUIPAMENTOS

TERMO DE CESSÃO DE USO, A TÍTULO NÃO ONEROSO, DE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS LABORATORIAIS PARA IMPLANTAÇÃO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA QUE ENTRE SI CELEBRAM O CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA E O INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH, ADMINISTRADOR DO HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Pelo presente instrumento, de um lado:

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ - HEMOPA, fundação pública, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.837.521/0001-11, com registro no Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde - CNES 2.752.697, com sede na Travessa Padre Eutíquio nº. 2109, Batista Campos, CEP: 66033-000, Belém-Pará, na condição de **CEDENTE**, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. PAULO ANDRÉ CASTELO BRANCO BEZERRA, brasileiro, solteiro, Administrador, portador do RG 2.847.152 – SSP/PA, inscrito no CPF sob o nº. 229.089.192-49, residente e domiciliado em Belém-PA, em pleno exercício regular de suas funções.

e de outro lado,

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH, pessoa jurídica de direito privado, qualificada no Pará como Organização Social em Saúde, por intermédio do Dec. Estadual nº. 2.433 de 06/08/2010, publicado no DOE nº 31.727 em 10.08.2010, inscrito no CNPJ sob o nº. 23.453.830/0029-70 (Filial) sito à Rodovia BR 316, s/n, Km 03, Bairro Guanabara, Ananindeua-Pará, CEP: 67010-000, administradora do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**,

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP: 66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

pessoa jurídica de direito público, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES 559504, com sede na Rodovia BR-316, KM 03 S/N, Bairro Atalaia, CEP: 67.010-000, Ananindeua-Pará, financeiro.hmue@indsh.org.br, na condição de **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente JOSÉ CARLOS RIZOLI, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG nº. 3.148.647-2 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº. 171.893.228-68 em pleno exercício regular de suas funções, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO: O objeto deste Contrato é a cessão de uso, a título não oneroso, de equipamentos clínicos laboratoriais a serem instalados e utilizados nas dependências da agência transfusional localizada no **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

Parágrafo Único. A indicada cessão é destinada à instalação e ao funcionamento de uma agência transfusional para possibilitar atendimento mais ágil e eficaz aos pacientes do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CESSÃO DE USO: A presente cessão de uso obedecerá às condições especiais adiante elencadas:

2.1. cumprimento das normas relacionadas com o funcionamento da atividade vinculada ao objeto da cessão de uso e com a utilização dos equipamentos;

2.2. exercício da citada atividade sem prejudicar a atividade-fim ou o funcionamento do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**;

2.3. precariedade da cessão, que poderá ser revogada a qualquer tempo, independentemente de indenização;

2.5 fiscalização periódica por parte do CEDENTE;

2.6 vedação de ocorrência de cessão, locação ou utilização dos equipamentos cedidos para fim diverso do previsto no **parágrafo único** deste Termo de Cessão;

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CEDENTE: O CEDENTE obriga-se a:

3.1 ceder os equipamentos clínicos laboratoriais à CESSIONÁRIA, para a finalidade indicada no **parágrafo único** deste Termo de Cessão;

3.2 aparelhar com todos os equipamentos necessários ao funcionamento da agência transfusional sendo responsável pela manutenção dos mesmos.

4. CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CESSIONÁRIA: A CESSIONÁRIA obriga-se a:

4.1. Utilizar os equipamentos cedidos, exclusivamente, na finalidade definida na Cláusula Terceira deste Contrato;

4.2. obter licenças, alvarás, autorizações etc, junto às autoridades competentes, necessárias ao funcionamento da atividade de apoio a que a presente cessão de uso se destina;

4.3. disponibilizar a agência transfusional, para atendimento dos usuários, com funcionamento de acordo com o funcionamento do hospital;

4.4. cumprir as obrigações legais relativas a encargos fiscais, trabalhistas, sociais, previdenciários, civis e comerciais que incidam sobre a atividade de apoio vinculada à mencionada cessão de uso, eximindo a CEDENTE de quaisquer dessas responsabilidades;

4.5. não se utilizar de menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre ou de menor de dezesseis anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (Lei nº 9.854/1999, regulamentada pelo Decreto nº 4.358/2002);

4.1.6 manter durante toda a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para definição do seu nome como beneficiária da indicada cessão de uso dos bens;

4.1.7 não usar o nome da CEDENTE para aquisição de bens, assim como para contratar serviços;

4.1.8. arcar com a responsabilidade civil por todos e quaisquer danos materiais e morais causados, dolosa ou culposamente, à CEDENTE ou a terceiros, por ação ou omissão de seus empregados, trabalhadores, prepostos ou representantes;

4.1.9. manter os equipamentos clínicos laboratoriais cedidos em perfeito estado de conservação;

4.1.10. permitir que a CEDENTE realize as ações de fiscalização da execução do Termo de Cessão, acolhendo as observações e exigências que por ela venham a ser feitas;

4.1.11. não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas.

4.1.12. gerenciar a agência transfusional de modo a garantir a segurança transfusional.

5. CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1. Este Contrato terá vigência de 12 meses, a partir de **28 de maio de 2024** nos termos da CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA do **Contrato de Gestão nº. 002/SESPA/2024**.

5.2. O prazo poderá ser prorrogado, a critério das partes, por igual período ou inferior, por meio de correspondentes termos aditivos ao Contrato.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR: O presente Termo de Cessão de Uso de equipamentos de propriedade do CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA é firmado a título gratuito;

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS EQUIPAMENTOS: O CEDENTE alocará na agência transfusional os equipamentos necessários ao seu funcionamento;

7.1 Os equipamentos alocados na agência transfusional situada nas dependências do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** são de propriedade do CEDENTE e, em caso de rescisão contratual, serão retirados do local no prazo de 30 (trinta) dias.

7.2 Serão alocados os equipamentos, de propriedade do CEDENTE, abaixo descritos:

- 02 (Duas) Câmaras de Conservação de Sangue 4º C
- 02 (Duas) Centrífugas de Bancada
- 01 (Um) Freezer para Plasma -20°C
- 01 Seladora de Tubos

RELAÇÃO DO KIT DE EQUIPAMENTOS

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP:66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

RP	DESCRIÇÃO	MARCA	MODELO	Nº DE SÉRIE
19212	Câmara de Conservação de Sangue	INDREEL	RC 504 D	64344
19213	Câmara de Conservação de Sangue	INDREEL	RC 504 D	64342
19719	Centrífuga de Bancada	HOFFMANLAB	HCL5	19079
19727	Centrífuga de Bancada	HOFFMANLAB	HCL5	19087
19618	Freezer para Armazenamento de Plasma	INDREEL	CLC 504 D	46603
19523	Seladora de Bancada para Tubos de PVC	LJUNGBERG	BIOSEALER CR4	AA2093

8. CLÁUSULA OITAVA – DA FISCALIZAÇÃO: O CEDENTE, por meio de servidor designado, acompanhará e fiscalizará a execução do presente Contrato.

8.1. O representante da Administração anotará, em registro próprio, todas as ocorrências relacionadas com a execução deste Contrato, determinando o que for necessário à regularização de eventuais falhas ou irregularidades.

8.2. As decisões e providências que ultrapassarem a competência daquele representante deverão ser solicitadas a seus superiores, em tempo hábil, para a adoção das medidas convenientes.

9. CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO CONTRATUAL: Considerar-se-á rescindido o presente Termo de Cessão de Uso, independentemente de ato especial, retornando os equipamentos ao CEDENTE, sem direito da CESSIONÁRIA a qualquer indenização, se:

9.1 – vier a ser dado aos equipamentos utilização diversa da que a eles foi destinada nos termos deste Termo de Cessão de Uso;

9.2 – houver inobservância do prazo previsto no ato autorizativo da Cessão;

9.3 – ocorrer renúncia à cessão ou se a CESSIONÁRIA deixar de exercer suas atividades específicas ou, ainda, na hipótese de sua extinção, liquidação ou falência;

9.4 – houver, em qualquer época, necessidade de o CEDENTE dispor, para seu uso, dos equipamentos vinculados a este Termo de Cessão de Uso;

9.5 – ocorrer inadimplemento de cláusula contratual.

9.6 – Além das hipóteses acima, a rescisão poderá ocorrer, em qualquer época, por ato unilateral do CEDENTE não motivado, após o prazo mínimo previsto na subcláusula 9.3, não cabendo às partes qualquer direito de indenização;

9.7 - Na hipótese prevista na sub-cláusula 9.4 acima, a intenção de rescisão do Contrato deverá ser formalizada por escrito pela CEDENTE, com antecedência prévia de 120 (cento e vinte) dias, desde que cumprido 12 (doze) meses do contrato.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO: Será providenciada, pelo CEDENTE, a publicação, resumida, deste instrumento de contrato, no Diário Oficial do Estado, correndo as despesas por conta daquele.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO: Fica eleito o foro da comarca de Belém, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato.

E assim, por estarem de acordo, ajustados e contratados, após lido e achado conforme, as partes a seguir firmam o presente contrato em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, para um só efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Belém-Pará, 28 de maio de 2024.



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará



Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: ***.893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL
MULTIPLA G1
Data: 13/08/2024 14:07:22 -03:00



JOSÉ CARLOS RIZOLI
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Cessionário

Paulo André Castelo Branco Bezerra

Assinado eletronicamente por:
Paulo André Castelo Branco Bezerra
CPF: ***.089.192-**
Data: 20/08/2024 13:19:37 -03:00



Paulo André Castelo Branco Bezerra
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ –
HEMOPA
Cedente

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP: 66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

ANEXO III

CRITÉRIOS MÍNIMOS PARA GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

Objetivando nortear a Gestão dos equipamentos cedidos pela Fundação HEMOPA para Agências Transfusionais, sob os princípios da Engenharia Clínica, faz-se necessário definir minimamente as frequências e tolerâncias para os serviços de MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CALIBRAÇÃO e QUALIFICAÇÃO TÉRMICA dos equipamentos em conformidade com a legislação vigente, assegurando previsibilidade dos resultados, rastreabilidade e segurança do trabalhador, dos usuários e dos produtos e serviços.

Com base no exposto segue abaixo planilha com a definição dos serviços a serem executados por tipo de equipamento com frequência mínima anual, e após a descrição de alguns métodos metrológicos e desvios aceitáveis.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	SERVIÇOS COM FREQUÊNCIA MÍNIMA ANUAL		
		MANUTENÇÃO PREVENTIVA	CALIBRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO TÉRMICA
1	CÂMARA DE CONSERVAÇÃO 4°C	X	X	X
2	FREEZER -30°C	X	X	X
3	AGITADOR DE PLAQUETAS	X		
4	CENTRÍFUGA DE BANCADA	X	X	
5	SELADOR DIELÉTRICO	X		
6	BALANÇA DIGITAL	X	X	
7	CAPELA DE FLUXO LAMINAR	X	X	
8	BANHO MARIA	X	X	
9	VISOR DE AGLUTINAÇÃO			

NOTA: A CRITÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL OS SERVIÇOS PODEM SER MAIS FREQUÊNTES MAS DEVEM SER EXECUTADOS PELO MENOS UMA VEZ POR ANO

1. MANUTENÇÃO PREVENTIVA

As Manutenções Preventivas ao serem realizadas e documentadas por meio de Ordens de serviço individuais por equipamento.

Nas ordens de serviço devem estar descritos os procedimentos realizados (check-list).

Os equipamentos devem receber etiqueta com o registro do serviço realizado e indicação da previsão do próximo serviço a ser realizado.

2. CALIBRAÇÃO

Os Laudos de Calibração devem ser rastreáveis RBC

Nos Laudos de Calibração, devem ser relatados os resultados obtidos durante a calibração dos equipamentos, calibração esta que deve ser realizada seguindo os critérios da NBR ISSO/IEC 17025:2005.

Os equipamentos devem receber etiqueta com o registro do serviço realizado e indicação da previsão do próximo serviço a ser realizado.

2.1 PARÂMETROS DE CALIBRAÇÃO POR EQUIPAMENTO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	PONTO DE CALIBRAÇÃO	DESVIO ADMISSÍVEL (+/-)
01	CÂMARA DE CONSERVAÇÃO 4°C	4 °C	1 °C
02	FREEZER -30°C	-20 °C	2 °C
04	CENTRÍFUGA DE BANCADA	3.000 rpm	5%

		10 min	5s
06	BALANÇA DIGITAL	100g	5%
		200g	5%
07	CAPELA DE FLUXO LAMINAR	CERTIFICAÇÃO	ABNT NBR ISSO 14644-1
08	BANHO MARIA	37°C	1°C

NOTA: Para os itens 01 e 02o sensor do padrão a ser utilizado deverá ser posicionado juntamente com o sensor de temperatura do equipamento, imerso na mesma substância.

3. QUALIFICAÇÃO TÉRMICA

Os Laudos de Qualificação Térmica rastreável RBC, individual, por equipamento.

No Laudo de Qualificação Térmica individual, devem ser relatados os resultados obtidos durante o procedimento de qualificação térmica do equipamento, a fim de demonstrar a adequação do equipamento no processo de conservação.

Devem ser utilizados pelo menos 12 sensores distribuídos no interior da câmara com o objetivo de verificar a homogeneidade da temperatura

Os equipamentos devem receber etiqueta com o registro do serviço realizado e indicação da previsão do próximo serviço a ser realizado.

3.1 PARÂMETROS PARA QUALIFICAÇÃO TÉRMICA POR EQUIPAMENTO

ITEM 01:

Temperatura: 2°C a 6°C

Tempo: 8 horas com leituras de 10 em 10 minutos

Limites: as medições nos 12 pontos devem estar durante o estudo, simultaneamente dentro da faixa de uso, ou seja, entre 2º e 6º C.

Tipo de estudo realizado para o item 01:

Deverá ser realizado estudo de distribuição das temperaturas internas. O estudo de distribuição das temperaturas internas poderá ser realizado com a câmara sem carga e, **os sensores devem ser distribuídos no espaço geométrico no interior da câmara, submersos em solução de 90 % de água com 10 % de glicerol.**

ITEM 02:

Temperatura: -20°C

Tempo: 8 horas com leituras de 10 em 10 minutos

Limites: as medições nos 12 pontos devem estar durante o estudo, simultaneamente dentro da faixa de uso, ou seja, menor ou igual a -20°C;

Tipo de estudo realizado para o item 02:

Deverá ser realizado estudo de distribuição das temperaturas internas. O estudo de distribuição das temperaturas internas poderá ser realizado com o freezer sem carga e, **os sensores devem ser distribuídos no espaço geométrico no interior do Freezer, submersos em solução de 50 % de água com 50% de glicerol.**

4. COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A comprovação dos serviços deve ocorrer com o envio digital das Ordens de Serviço de Manutenção Preventiva, Certificados de Calibração e Laudos de Qualificação Térmica, para a Gerência de Manutenção – GEMAN / HEMOPA, e-mail: geman.colog@hemopa.pa.gov.br com o seguinte assunto SERVIÇOS EQUIPAMENTOS AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (nome do hospital e município).



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: N2ALG-W29LQ-C8D2A-XTWLN

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 13/08/2024 14:07 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 13/08/2024 14:07 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ Marcelo Azevedo Costa (CPF ***.341.594-**) em 13/08/2024 16:40 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
200.17.75.254	Não disponível
Autenticação	dex.hmue@indsh.org.br
Email verificado	
dduJ4sdVVrzAGgdWAsjOKUHigyNNLQsernxLH45eN4c=	
SHA-256	

- ✓ Lenise Ayres Pereira (CPF ***.210.712-**) em 14/08/2024 14:04 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.74.63.4	Lat: -1,464730 Long: -48,486810 Precisão: 1288 (metros)
Autenticação lenise.ayres@hemopa.pa.gov.br	
Email verificado	
t4MXIbw9v8dgpYZL57DxTCYSLrEP+LgdhE1gvkACxXA=	
SHA-256	

✓ Paulo André Castelo Branco Bezerra (CPF ***.089.192-**) em 20/08/2024 13:18
- Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.74.63.4	Não disponível
Autenticação presidencia.hemopa@hemopa.pa.gov.br	
Email verificado	
YlitXiuZUWit4sPpQFToU94oga4hljejG5vd8Hyhj7E=	
SHA-256	

✓ Paulo André Castelo Branco Bezerra (CPF ***.089.192-**) em 20/08/2024 13:19
- Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.74.63.4	Não disponível
Autenticação presidencia.hemopa@hemopa.pa.gov.br	
Email verificado	
NWWIMSR89g2sbEkIYgw1t+3H66azqtsFk7eXgYzyTCY=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/N2ALG-W29LQ-C8D2A-XTWLN>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº. 005/2024

HMUE 007/2024

1º TERMO ADITIVO CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO NA CONDIÇÃO DE CONTRATANTE **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH** ADMINISTRADORA DO **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** E DE OUTRO NA CONDIÇÃO DE CONTRATADO O **CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA**.

Pelo presente instrumento, de um lado:

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH, pessoa jurídica de direito privado, qualificada no Pará como Organização Social em Saúde, por intermédio do Dec. Estadual nº. 2.433 de 06/08/2010, publicado no DOE nº 31.727 em 10.08.2010, inscrito no CNPJ sob o nº. 23.453.830/0029-70 (Filial) sito à Rodovia BR 316, s/n, Km 03, Bairro Guanabara, Ananindeua-Pará, CEP: 67010-000, administradora do **HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, pessoa jurídica de direito público, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES 559504, com sede na Rodovia BR-316, KM 03 S/N, Bairro Atalaia, CEP: 67.010-000, Ananindeua-Pará, financeiro.hmue@indsh.org.br, na condição de **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente **JOSÉ CARLOS RIZOLI**, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG nº. 3.148.647-2 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº. 171.893.228-68 em pleno exercício regular de suas funções, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

e de outro lado,

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ - HEMOPA, fundação pública, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.837.521/0001-11, com registro no Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde - CNES 2.752.697, com sede na Travessa Padre Eutíquio nº. 2109, Batista Campos, CEP: 66033-000, Belém-Pará, na condição de **CONTRATADO**, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. **PAULO ANDRÉ CASTELO BRANCO BEZERRA**, brasileiro, solteiro, Administrador, portador do RG 2.847.152 – SSP/PA, inscrito no CPF sob o nº. 229.089.192-49, residente e domiciliado em Belém-PA, em pleno exercício regular de suas funções.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem como finalidade prorrogar a vigência do **CONTRATO Nº. 005/2024**, conforme previsto na **CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO do 2º TERMO ADITIVO ao Contrato de Gestão Nº. 002/SESPA/2024** cuja vigência contratual será pelo

CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Travessa Padre Eutíquio, nº. 2109 – Batista Campos
CEP: 66033-000 – BELÉM-PARÁ
Tel: 91 3110-6500, Ramais: 6503/6536
www.hemopa.pa.gov.br

prazo de 12 (doze) meses, iniciando em **28 de maio de 2025** e finalizando em **27 de maio de 2026**.

CLÁUSULA SEGUNDA – RATIFICAÇÃO

Ficam mantidas e ratificadas as demais cláusulas e disposições do Contrato originário bem como do Termo de Cessão de Uso que não tenham sido modificadas pelo presente Termo Aditivo.

E assim estarem assim justas e acordadas, as partes firma o presente Termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, rubricadas as folhas precedentes, obrigando-se por si e seus sucessores, para que surta todos os efeitos em Direito previsto, na presença das testemunhas abaixo assinadas e qualificadas que a tudo assistiram e do que dão fé.

Belém-Pará, 10 de Junho de 2025.

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: *** 893.228-**
Certificado emitido por AC DIGITAL MULTIPLA G1
Data: 24/06/2025 08:10:03 -03:00 

JOSÉ CARLOS RIZOLI
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH
HOSPITAL METROPOLITANO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Contratante

Assinado eletronicamente por:
Paulo André Castelo Branco Bezerra
CPF: ***.089.192-**
Data: 24/06/2025 12:41:40 -03:00 

Paulo André Castelo Branco Bezerra
FUNDAÇÃO CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ – HEMOPA
Contratado

Testemunhas:

Assinado eletronicamente por:
Lenise Ayres Pereira
CPF: ***.210.712-**
Data: 03/07/2025 11:58:50 -03:00 

Assinado eletronicamente por:
Marcelo Azevedo Costa
CPF: ***.341.594-**
Data: 03/07/2025 09:03:51 -03:00 



MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: E7UJC-KD594-C6U4L-FZDBT

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 24/06/2025 08:10 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ Paulo André Castelo Branco Bezerra (CPF ***.089.192-**) em 24/06/2025 12:41 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.74.63.4	Não disponível
Autenticação	presidencia.hemopa@hemopa.pa.gov.br
Email verificado	
Io6l8uK9rCjJpfZ6FML3+FUSpH+tzja02owzwEFduWo=	
SHA-256	

- ✓ Marcelo Azevedo Costa (CPF ***.341.594-**) em 03/07/2025 09:03 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.66.14.28	Não disponível
Autenticação	
marcelo.hmue@indshsaude.org.br	
Email verificado	
2NBakMTfnYMU3LkEOmuekKDhLdsdbIRKG9D7MmnWSeY=	
SHA-256	

✓ Lenise Ayres Pereira (CPF ***.210.712-**) em 03/07/2025 11:58 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
177.74.63.4	Lat: -1,461453 Long: -48,483533
	Precisão: 18986 (metros)
Autenticação	
lenise.ayres@hemopa.pa.gov.br	
Email verificado	
w8GGnPCershpyK6eAv1yNEcouS2dgvbCbZYdUz6E0s=	
SHA-256	

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/E7UJC-KD594-C6U4L-FZDBT>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>