

CONVÊNIO Nº 009/2016 – AJUR/ FHB, de que entre si celebram a **FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA** e **FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA**.

CONVENENTE: FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA - **FHB**, CNPJ 86.743.457/0001-01, pessoa jurídica de direito público, com sede no Setor Médico Hospitalar Norte – Quadra 03, Conj. “A”, Bloco 03, Brasília – Distrito Federal, CEP 70.710-908, representada neste ato por sua Diretora Presidente Dra. MIRIAM DAISY CALMON SCAGGION, residente e domiciliada nesta Capital, portadora do RG nº 600.632 SSP/DF e CPF 245.222.951-20.

CONVENIADA: FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA – INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL - **FUC**, pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o n.º 92.898.550/0006-00, com endereço na Estrada Parque Contorno do Bosque s/n, Brasília-DF, doravante denominada FUC, neste ato representada por NÚBIA WELERSON VIEIRA, brasileira, solteira, médica, superintendente, portadora do CPF/MF n.º 750.553.416-53, e da Carteira de Identidade RG de nº MG - 3248432 SSP/MG, residente e domiciliada nesta capital, por mútuo entendimento e plenamente ajustadas, RESOLVEM celebrar o presente CONVÊNIO, nos termos da legislação vigente ao tema e suas alterações, especificamente: a Lei nº10.205, de 21/03/2001, a Lei 8.666/1993, no que couber, e mediante as cláusulas e condições a seguir enumeradas:



CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente CONVÊNIO é a realização pela FHB de exames de histocompatibilidade relacionados na CLÁUSULA TERCEIRA, sob a demanda da FUC e de acordo com as possibilidades da FHB para o atendimento aos pacientes candidatos a transplantes no Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA FUC

2.1 São obrigações da FUC:

2.1.1. Solicitar os exames de histocompatibilidade utilizando os formulários padronizados contidos no Anexo I (em caso de medula óssea) e II (em caso de órgãos sólidos);

2.1.2 Observar a rotina e horário de funcionamento do Serviço de Ambulatório da FHB, pois os pedidos de amostras de sangue para a realização dos exames serão recebidas respeitando o horário de funcionamento regular do Serviço;

2.1.3 Orientar seus pacientes dos procedimentos para a coleta de material para exames de histocompatibilidade, que deverá ser previamente agendada pelo próprio paciente por meio do telefone: 33274423 ou pessoalmente junto à recepção do Serviço de Ambulatório da FHB;

2.1.4 O médico assistente do paciente deverá preencher o formulário Padrão da FHB (Anexo I ou II), e orientar o paciente a apresentá-lo ao Serviço de Ambulatório da FHB no dia da coleta do material para exames, devida e integralmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico responsável, com documento oficial de identificação com foto e o cartão SUS;

2.1.5 Apresentar ao Serviço de Ambulatório da FHB, em formulário padrão (Anexo I), os pedidos de exames de tipagem HLA de 2^a e 3^a fases, para medula óssea, juntamente com o formulário APAC (Anexo III), devida e integralmente preenchidos.

2.2 Contactar diretamente os profissionais do LIT/FHB, exclusivamente, nas situações de urgência/emergência para solicitar as provas de compatibilidade pré-transplantes com doador falecido (tipificação HLA de primeira fase e prova de *Crossmatch*) e desde que sejam informadas previamente aos responsáveis pelo LIT na FHB e com os formulários de solicitação pertinentes, devida e integralmente preenchidos.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA FHB

No cumprimento do objeto deste CONVÊNIO e nos termos da legislação vigente a **FHB** compromete-se a realizar os exames abaixo relacionados nas amostras de sangue de pacientes e candidatos a doação de órgãos sólidos e tecidos, no que couber:

- I. Teste sorológico para prova de compatibilidade pré-transplantes (HLA de primeira fase e *Crossmatch*);
- II. Reatividade Contra Painel (PRA) por meio da metodologia de citometria de fluxo de *beads*;
- III. Tipificação HLA - testes de biologia molecular por DNA (PCR) Classe I e II (HLA-A, B, DR) média resolução (realizados *in loco*, com prazo de liberação de até 7 dias úteis);
- IV. Tipificação HLA - testes de biologia molecular por DNA (PCR) *locus* DR e DQ de alta resolução (realizados *in loco* ou em laboratório terciário, com prazo de liberação de até 21 dias úteis);
- V. Tipificação HLA - testes de biologia molecular por DNA (PCR) de terceira fase, correspondente ao teste confirmatório de compatibilidade para medula óssea (realizado em laboratório terciário, obedecendo aos critérios estabelecidos pelo REDOME, cujo resultado é enviado pelo REDOME ao médico assistente, direta e exclusivamente).

CLÁUSULA QUARTA – DO FATURAMENTO DOS CUSTOS DOS EXAMES

Por tratar-se de serviços prestados, exclusivamente, a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, os custos operacionais relativos à realização de cada um dos exames objeto do presente instrumento não serão repassados ao HUB, nos termos da Portaria no. 1469, de 10 de julho de 2006.

CLÁUSULA QUINTA – DA FORMA DE EXECUÇÃO

A execução do presente CONVÊNIO processará da seguinte forma:

- a) Os pacientes previamente orientados pela FUC deverão procurar o Serviço de Ambulatório da FHB, pessoalmente, ou por meio do telefone: (61) 33274423, para agendar o dia e hora da coleta do material para exames de histocompatibilidade;
- b) No dia da coleta do material para exames, os pacientes deverão apresentar o formulário médico padrão da FHB, devidamente preenchido pelo médico assistente, carteira de identificação com foto e cartão do SUS;
- c) Os pedidos de exames de tipagem HLA de 2º e 3º fases, para medula óssea, serão encaminhados em formulário padrão (Anexo I) juntamente com o formulário APAC (Anexo III), devidamente preenchidos.

PARÁGRAFO ÚNICO - A entrega dos exames objeto do presente instrumento, conforme descritos na CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA FHB, dar-se-á da seguinte forma:

- a) Item I – (teste sorológico para prova de compatibilidade pré-transplantes (HLA de primeira fase e Crossmatch)) – em se tratando de doador cadavérico o exame será encaminhado à Central de Transplantes. Em caso de doador vivo os exames serão encaminhados à equipe de transplante do médico assistente;
- b) Item II – (Reatividade Contra Painel (PRA) por meio da metodologia de citometria de fluxo de beads) – o exame será liberado ao paciente ou ao médico assistente, após conclusão dos mesmos;
- c) Itens III e IV - a entrega será realizada ao médico assistente ou ao paciente, nos prazos de até 7 dias úteis e até 21 dias úteis, respectivamente, após conclusão dos mesmos.
- d) Item V – por tratar-se de exame terceirizado, a entrega se procederá pelo REDOME ao médico assistente da FUC.



CLÁUSULA SEXTA - DA COOPERAÇÃO

Fica estabelecida a possibilidade de cooperação no que tange a treinamentos, capacitações, exames e insumos, desde que no interesse da Administração.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES

O Descumprimento das obrigações estipuladas sujeitará a parte que deu causa a responsabilidades pelos danos causados, nos termos da Lei n.º 8.666/1993, no que couber, sem prejuízo de responder civil e penalmente.

CLÁUSULA OITAVA – DA PROIBIÇÃO

É vedado todo tipo de comercialização dos serviços prestados pela FHB, sob pena de rescisão unilateral do presente instrumento pela FHB, sem prejuízo das demais providências administrativas, civis e penais cabíveis.

CLÁUSULA NONA - DOS EXECUTORES

A FHB e a FUC designarão, mediante ato próprio, Executores para o presente CONVÊNIO os quais serão responsáveis pelo desenvolvimento das atividades necessárias ao cumprimento deste Instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

As condições estabelecidas no convênio poderão ser alteradas, em comum acordo, mediante solicitação com as justificativas previamente apresentadas.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA

O presente CONVÊNIO terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses a contar da data da assinatura e eficácia com a respectiva publicação de seu extrato no Diário Oficial do Distrito Federal, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA DISSOLUÇÃO DO CONVÊNIO

O presente CONVÊNIO poderá ser dissolvido nos termos do art.77 ao art.80 da Lei 8.666/1990, nas seguintes hipóteses:

- a) No caso de infração a quaisquer de suas cláusulas, e/ou em face da inexecução total ou parcial do CONVÊNIO, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, ficando a parte que der causa sujeito às sanções legais, sem prejuízo de requerer por via judicial o ressarcimento pelos danos causados.
- b) Unilateralmente, por qualquer das partes, desde que devidamente justificada, obedecido os princípios da legalidade, publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência.
- c) Em razão de impedimento legal superveniente que o torne formal ou materialmente inexequível.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO

Será providenciada, pela FHB, a publicação do extrato deste CONVÊNIO no Diário Oficial do Distrito Federal, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Brasília/DF, em desfavor de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer omissões e dúvidas decorrentes do presente CONVÊNIO.

PARÁGRAFO ÚNICO – Havendo irregularidades neste instrumento, entre em contato com a Ouvidoria de Combate à Corrupção, no telefone 0800-6449060, conforme Decreto nº 34.031, de 12 de dezembro de 2012.

E, por estarem justas e acertadas, as partes firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02(duas) testemunhas, que também o subscrevem.

Brasília, 5 de dezembro de 2016


MIRIAM DAISY CALMON SCAGGION

**FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE
BRASÍLIA**

Diretora Presidente


NÚBIA WELERSON VIEIRA

**FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE
CARDIOLOGIA – INSTITUTO DE
CARDIOLOGIA DO DISTRITO
FEDERAL**

Superintendente

Testemunhas:

1ª – Nome: _____

2ª – Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

ANEXO I

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES
MEDULA ÓSSEA**

NOME: _____
 CPF _____ Sexo: [] M [] F.
 Nome da mãe: _____
 Contato: _____
 D.N.: ____/____/____. Hospital: _____
 Tel/Fax: _____
 Motivo/Patologia do paciente: _____
 CID-10: _____
 Programa: [] Tx autólogo [] Tx alogênico
 Cartão SUS _____
 Carimbo/Assinatura do médico: _____
 Contato _____
 Autorização do responsável (se menor de 18 anos):

Estudo familiar? SIM _____ NÃO _____. Se sim, informe:

1) Nome: _____
 2) Nome: _____
 3) Nome: _____
 4) Nome: _____
 5) Nome: _____

Última contagem leucocitária: _____
 Medicamentos em uso (principalmente imunossuppressores ou corticosteróides):

Observações
médicas: _____

Assinalar os exames a serem realizados:

Qt d	CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO
	05.01.02.001 -2	Identificação de receptor de células-tronco hematopoéticas 1ª fase (Locus A, B e DR)
	05.01.02.002 -0	Identificação de receptor de células-tronco hematopoéticas 2ª fase (DQ e DR)
	05.01.01.008 -4	Identificação -complementação da 2ª fase – locus Cw

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

1. O estudo familiar é realizado na FHB, assim o médico solicitante deverá preencher o nome do paciente (receptor), assinalar estudo familiar e os possíveis 5 doadores aparentados (tal estudo é realizado na FHB).
2. As tipificações HLA de 1ª fase (A, B e DR) são realizadas na FHB, assim o médico solicitante deverá assinalar apenas o item referido, sem necessidade do preenchimento da APAC.
3. Caso médico solicitante necessite de tipificação HLA de 1ª e 2ª fases (DR, DQ e Cw), o mesmo deve assinalar os itens referidos, anexar a este formulário a APAC devidamente preenchida com os referidos códigos de 2ª fase, contendo a assinatura do paciente ou responsável legal (esses exames são encaminhados pela FHB ao laboratório credenciado).
4. Nos casos de identificação de HLA específico (por exemplo, HLA DR 15), o médico deverá preencher apenas código de 1ª fase e nas observações médicas citar o HLA específico). Não há necessidade de APAC, pois tal exame é realizado na FHB.
5. Nos pacientes com contagem leucocitária inferior a 500 leucócitos totais, o médico assistente deverá entrar em contato com LIT para orientação e agendamento da coleta.

USO EXCLUSIVO DA GERENCIA DE AMBULATÓRIO- FHB

Data da coleta: ____/____/____. Horário _____.

Orientações: [] Jejum de 8 horas.

Prazo de entrega: até 20 dias úteis após a coleta.

ANEXO II

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES
ÓRGÃOS SÓLIDOS**

NOME: _____ CPF _____ Sexo: []

M [] F.

Nome da mãe: _____

Contato: _____

Endereço: _____

Cartão SUS _____

D.N.: ____/____/____. Hospital: _____

Tel/Fax: _____

Motivo/Patologia do paciente: _____

CID-10: _____

Programa: [] Tx intervivos. [] Doador falecido. [] Tx cardíaco. [] Tx renal. [] Tx

Carimbo/Assinatura do médico: _____

Contato _____

Autorização do responsável (se menor de 18 anos):

Estudo familiar? SIM _____ NÃO _____. Se sim, informe:

1) Nome: _____ ABO: _____

Parentesco: _____

2) Nome: _____ ABO: _____

Parentesco: _____

3) Nome: _____ ABO: _____

Parentesco: _____

4) Nome: _____ ABO: _____

Parentesco: _____

5) Nome: _____ ABO: _____

Parentesco: _____.

Transfusão sanguínea anterior? SIM _____ NÃO _____. Se sim, quantidade de bolsas transfundidas: ____ Data da última transfusão: ____/____/____.

Antecedentes de transplante anterior? SIM _____ NÃO _____. Se sim, qual órgão: _____

Data do transplante: ____/____/____.

Para pacientes do sexo feminino: Quantidade de gestações ou abortamento prévio _____. Data da última gestação: ____/____/____.

Medicamentos em uso (principalmente imunossupressores ou corticosteroides):

Assinalar exames a serem realizados:

Qtd	CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO
	05.01.05.002-7	Tipagem HLA (Locus A, B e DR): rim, fígado, pâncreas, coração, limbo, pulmão
	05.01.04.007-2	Provas cruzadas em doador vivo de rim (Cross match).
	05.01.05.001-9	Avaliação de reatividade contra painel de linfócitos (PRA) classe I e II

Obs.: Em caso de estudo familiar, preencher a quantidade de tipificação HLA de acordo com o quantitativo de possíveis doadores aparentados.

Observações

médicas: _____

USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE TRANSPLANTES – FHB

Data da coleta: ____/____/____. Horário _____.

Orientações: [] Jejum de 8 horas (válido para coleta de Crossmatch intervivos e PRA)

Prazo de entrega: até 20 dias úteis após a coleta.

