

TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 243/2024
PROTOCOLO Nº 19.537.892-4

**TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE
SI CELEBRAM O ESTADO DO PARANÁ,
POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE, E O MUNICÍPIO DE CRUZ
MACHADO, VISANDO À ASSISTÊNCIA
HEMOTERÁPICA PARA FINS
TRANSFUSIONAIS.**

O **ESTADO DO PARANÁ**, pessoa jurídica de direito público, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ**, inscrita no CNPJ/MF n.º 08.597.121/0001-74, com sede na Rua Piquiri, 170, na cidade de Curitiba/PR, neste ato representado pelo Ilmo. Sr. Secretário **Dr. César Augusto Neves Luiz**, portador do RG n.º *.***.063-7 e do CPF n.º ***.***.339-87, residente e domiciliado nesta capital, e o **MUNICÍPIO DE CRUZ MACHADO**, inscrito no CNPJ/MF n.º 76.339.688/0001-09, com sede na Avenida Vitória, S/N, na cidade de Cruz Machado/PR, neste ato representado por seu Prefeito, **Sr. Antônio Luis Szaykowski**, portador do RG n.º 4.207.620-1 e CPF/MF sob o n.º 714.986.999-87, residente e domiciliado na cidade de Cruz Machado/PR, resolvem celebrar este **TERMO DE COOPERAÇÃO**, visando à assistência hemoterápica transfusional, com o fornecimento de hemocomponentes para fins transfusionais, que reger-se-á pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 199 e demais dispositivos correlatos; No que couber, na Lei Federal n.º 14.133/2021 e Decreto Estadual n.º 10.086/2022; Normativas técnicas dos procedimentos hemoterápicos e normas gerais da Portaria de Consolidação MS n.º 05, de 28 de setembro de 2017, em especial, quanto ao Anexo IV (Origem: Portaria GM/MS n.º 158, de 2016) e Portaria GM/MS n.º 1.469, de 10 de julho de 2006; Decreto Estadual n.º 8.622, de 31 de julho de 2013, Decreto Estadual n.º 4.189, de 25 de maio de 2016, bem como Resolução RDC/ANVISA n.º 34, de 11 de junho 2014, Resolução SESA n.º 053/2021, de 19 de janeiro 2021, e demais cláusulas e condições adiante aduzidas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. Constitui objeto deste Termo de Cooperação a assistência hemoterápica para fins transfusionais em pacientes atendidos pelo Hospital Municipal Santa Terezinha.

1.1 Entende-se por “assistência hemoterápica” a ação da equipe de saúde hospitalar em assistir o paciente/receptor durante a transfusão sanguínea, seus registros e atendimentos nos agravos imediatos e tardios conforme os requisitos de boas práticas estabelecidos na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 34/14 para serviços de hemoterapia e serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais.

PARÁGRAFO ÚNICO: A assistência aqui formalizada deve observar o disposto no art. 369 do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 5/2017 do Ministério da Saúde (ou da norma que venha a substituí-la), de modo que os serviços de hemoterapia públicos ou privados contratados pelo SUS somente poderão fornecer sangue e hemocomponentes destinados a pacientes e serviços assistenciais privados nas seguintes hipóteses:

I – quando a rede assistencial do SUS não possuir demanda para a utilização de todos os hemocomponentes produzidos e tiver sido garantida a manutenção no serviço de hemoterapia de um estoque mínimo de segurança;

II – em situação de emergência, calamidade pública ou outra necessidade imprevisível, devidamente atestada pelo gestor público responsável; ou

III – quando houver a necessidade de sangue ou hemocomponente raro.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VINCULAÇÃO DAS PEÇAS DOCUMENTAIS

2. Integram este Termo de Cooperação, independentemente de transcrição, o Plano de Trabalho aprovado pelas autoridades competentes, bem como os documentos constantes do Protocolado n.º 19.537.892-4.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3. Este Termo de Cooperação terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados da publicação da assinatura do seu extrato no Diário Oficial do Estado.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES

4.1 Para fins deste Termo de Cooperação, com base na previsão normativa constante da RDC ANVISA nº 151, de 21 de agosto de 2001, considera-se Agência Transfusional (AT) como

serviço intra-hospitalar que armazena estoques de hemocomponentes recebidos do HEMEPAR, responsabilizando-se pela realização das provas de compatibilidade entre a bolsa de hemocomponente e o paciente, chamados de exames pré-transfusionais.

4.2 Para o uso compartilhado de dados, obrigam-se as partes ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e base de dados a que tenham acesso, cuja utilização deve se ater às finalidades descritas neste instrumento.

4.3 Para tanto, comprometem-se a implementar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas que causem perda, alteração, difusão ou outras formas de tratamento inadequado (art. 46, *caput*, LGPD).

4.4. Responsabilidades do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR: DOS HEMOCOMPONENTES

4.4.1 Fornecimento de hemocomponentes liberados para pronta utilização levando-se em conta a solicitação médica e a disponibilidade do estoque do HEMEPAR, de acordo com as normas vigentes.

4.4.2 Fornecimento de serviços hemoterápicos que incidem nas bolsas de hemocomponentes, tais como fenotipagem, filtração, lavagem de hemocomponentes, irradiação, sendo este último de acordo com a disponibilidade de serviço prestado por terceiro.

MATERIAIS INFORMATIVOS E FORMULÁRIOS

4.4.3 Disponibilizar os formulários padronizados pelo HEMEPAR para requisição de transfusão, impressos ou via eletrônica, e demais documentos utilizados na realização do serviço de forma direta ou indireta.

4.4.4 Fornecer material informativo necessário ao esclarecimento dos usuários, com a finalidade de estimular a doação voluntária de sangue, sem vinculação do atendimento à apresentação de doadores de sangue ou estímulo à doação de reposição.

DA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E DEMAIS PROCEDIMENTOS

4.4.5 Analisar e avaliar a solicitação de hemocomponentes, principalmente aqueles submetidos a procedimentos de lavagem, alicotagem, fenotipagem e irradiação (procedimentos especiais), visando garantir terapêutica adequada, podendo solicitar informações complementares ao partícipe.

4.4.6 Com base na requisição de transfusão pelo médico que assiste o paciente, o HEMEPAR poderá realizar ajustes na prescrição com prévia comunicação ao responsável requisitante, após avaliar se a patologia de base, o tratamento adotado e as circunstâncias da transfusão exigem, ou não, o uso de hemocomponentes com características especiais (irradiados e/ou lavados).

4.4.7 O processo de desleucocitação (filtragem) constitui o padrão de produção dos componentes sanguíneos (hemácias e plaquetas) disponibilizados pelo HEMEPAR e as solicitações médicas que não o contemple serão objeto de ajuste.

4.4.8 As plaquetas (seja pelo método PRP ou por aférese), quando submetidas ao processo de irradiação como rotina técnica de produção do hemocomponente, também terão suas solicitações médicas adequadas.

4.4.9 Especificamente quanto aos hospitais/estabelecimentos de saúde que não possuem Agência Transfusional, é de responsabilidade do HEMEPAR o abastecimento de tubos e etiquetas para a coleta de amostras de sangue e realização dos testes pré-transfusionais: classificação ABO do receptor por prova direta e reversa e classificação Rh por prova direta; testes de compatibilidade pré-transfusionais; pesquisa e identificação de anticorpos irregulares do receptor; classificação ABO e Rh do doador por prova direta.

4.4.10 Solução para as dificuldades transfusionais em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva e outros achados laboratoriais, dentro das possibilidades técnicas.

HEMOVIGILÂNCIA/USO RACIONAL

4.4.11 Investigação de complicação/reação transfusional em conjunto com o hospital ou estabelecimento de saúde através da realização de exames confirmatórios no Laboratório de Imuno-hematologia do HEMEPAR entre outras diligências de ordem técnica julgadas necessárias.

ACOMPANHAMENTO/VISITAS TÉCNICAS/AUDITORIA

4.4.12 Realizar-se-á o acompanhamento do presente objeto mediante consulta ao sistema informatizado de Controle Hemoterápico – Novo SHT para controle, monitoramento e acompanhamento da rastreabilidade de doação de sangue em seu ciclo completo.

4.4.13 Havendo necessidade, serão realizadas visitas técnicas e auditorias a serem executadas por uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais habilitados e pertencentes ao quadro de servidores do HEMEPAR, para fins de verificação quanto a correta execução do presente Termo de Cooperação, solicitando informações e confrontando as práticas e rotinas técnicas com relação à legislação hemoterápica vigente.

4.4.14 As visitas e auditorias realizadas serão registradas em relatório próprio, detalhando-se os módulos de roteiro de inspeção a ser elaborado pelo HEMEPAR com base na legislação hemoterápica vigente e, obrigatoriamente, disponibilizado ao interessado em um prazo de até 30 (trinta) dias, prorrogáveis uma única vez por igual período.

4.4.15 Constatada irregularidades/não conformidades, o partícipe será formalmente notificado para as devidas ações corretivas, estipulando-se prazo de acordo com a diligência a ser observada.

4.4.16 Esgotado o prazo para as ações corretivas, o HEMEPAR realizará nova visita técnica no estabelecimento de saúde para análise do(s) procedimento(s) indicado(s) como não conforme. Persistindo a(s) irregularidade(s) e sem justificativa apresentada para análise, cabe ao HEMEPAR a iniciativa de comunicação à Vigilância Municipal e demais órgãos competentes para demais medidas cabíveis.

4.4.17 Providenciar estrutura para o acompanhamento e verificação da execução do objeto.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: É facultado ao HEMEPAR a rejeição das amostras dos pacientes para os testes pré-transfusionais que não estejam devidamente identificadas e/ou estejam acondicionadas fora dos padrões técnicos e Requisições de Transusão incompletas.

PARÁGRAFO SEGUNDO: É facultado ao HEMEPAR a devolução de Requisições de Transusão – RT com solicitação divergente do Manual de Orientação Hemoterápico – MAOHE elaborado pelo HEMEPAR e Guia de uso racional de hemocomponentes elaborado pela Coordenação Geral do sangue e Hemoderivados – CGSH/MS (ambos disponíveis no site da SESA).

4.5. Das obrigações gerais dos HOSPITAIS e estabelecimentos de saúde:

4.5.1 Garantir o transporte das bolsas de sangue ou hemocomponentes, conforme legislação vigente, e que não sejam familiares e/ou amigos do(s) paciente(s).

4.5.2 O procedimento de acondicionamento e transporte deve ser validado e em caixas apropriadas, de acordo com as condições sanitárias, conforme orientações do HEMEPAR.

4.5.3 Manutenção de estrito controle do destino das bolsas de hemocomponentes recebidas, com registros atualizados conforme legislação vigente: livros, mapas, relatórios, podendo ser informatizados ou não, permitindo a total rastreabilidade da transfusão a qualquer momento, devendo haver distinção nesses registros dos pacientes usuários do SUS e dos pacientes não usuários do SUS.

4.5.4 Observância das normas técnicas na instalação da bolsa no paciente/receptor por pessoal habilitado, com o registro em prontuário do responsável pelo procedimento, dos sinais vitais (antes, durante e após transfusão do paciente) e identificação da bolsa de hemocomponente (número do SUS), mantendo segunda via da RT no próprio prontuário.

4.5.5 Assistência ao paciente/receptor que sofra um incidente/complicação/reação transfusional, assim como a realização da sua investigação e notificação ao HEMEPAR, devendo o Hospital e a Unidade do HEMEPAR, em conjunto, proceder a identificação da causa, conforme a legislação vigente, conservando todos os laudos de investigação no prontuário do paciente.

4.5.6 Observância da legislação pertinente à retrovigilância nos casos de necessidade de investigação de possível soroconversão do doador e ou receptor de sangue, com o compromisso de localizar o receptor e coletar as amostras de sangue que devem ser encaminhadas ao Serviço Hemoterápico.

4.5.7 Alimentação completa e adequada do Sistema de Controle Hemoterápico (Novo SHT) conforme orientações da Vigilância Sanitária/SESA.

4.5.8 Informação ao Sistema Nacional de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA) de incidentes transfusionais, quase erro, eventos adversos e queixas técnicas relacionados ao uso de produtos e serviços hemoterápicos.

4.5.9 Atuação permanente para a reposição do estoque mediante a adoção de práticas de recrutamento de doadores que observem o consentimento livre, esclarecido, consciente e desinteressado dos mesmos, e que deverão ser encaminhados para coleta aos serviços de hemoterapia da Hemorrede do Estado do Paraná.

4.5.10 Atendimento à Resolução SESA nº 053/2021, de 19 de janeiro 2021, que instituiu o Manual do Cliente do HEMEPAR, definindo as atribuições técnicas e administrativas das partes e eventuais alterações.

4.5.11 Atentar-se para as ações previstas no plano de trabalho visando ao atendimento das metas descritas.

4.5.12 Garantir o livre acesso dos servidores do órgão ou entidade pública concedente, do controle interno do Poder Executivo Estadual, bem como do Tribunal de Contas aos processos, documentos, informações referentes ao presente instrumento e aos locais de execução do objeto.

4.5.13 Obrigatoriedade de contabilização e guarda dos bens remanescentes pelo conveniente e da manifestação de seu compromisso de utilizá-los para assegurar a continuidade de programa governamental, com apresentação de diretrizes e regras claras de utilização.

4.6. Responsabilidades específicas do HOSPITAL ou ESTABELECIMENTO DE SAÚDE que POSSUI Agência Transfusional.

4.6.1 Solicitação de estoque de bolsas de hemocomponentes ao HEMEPAR por meio de Formulário Padrão completamente preenchido, de forma legível, constando a assinatura e carimbo com a inscrição junto ao CRM do médico responsável pela Agência Transfusional.

4.6.2 Realização dos testes pré-transfusionais, de acordo com orientações do HEMEPAR e as normas técnicas instituídas.

4.6.3 Aquisição dos insumos destinados à realização dos testes pré-transfusionais e à instalação do ato transfusional.

4.6.4 Aquisição e manutenção das condições ideais dos equipamentos (realizar calibrações, manutenções preventivas e corretivas dos mesmos) e procedimentos de armazenamento dos estoques das bolsas de hemocomponentes e adequado registro de temperaturas, conforme legislação vigente.

4.7. Responsabilidades específicas do HOSPITAL ou ESTABELECIMENTO DE SAÚDE que NÃO possui Agência Transfusional:

4.7.1 Solicitação de bolsas de hemocomponentes no formulário padrão – Requisição de Transfusão (RT), preenchido de forma legível e completa, com todos os dados do paciente/receptor, incluindo o vínculo do paciente (se paciente SUS, Privado ou Conveniado), devidamente assinado e carimbado pelo médico solicitante.

4.7.2 Envio da amostra de sangue do paciente/receptor, perfeitamente identificada e adequadamente coletada, juntamente com a Requisição de Transfusão (RT) acima citada, para a realização das provas pré-transfusionais.

4.7.3 Encaminhamento da amostra de sangue do paciente e da RT com antecedência de 24 horas, para a solicitação dos hemocomponentes nas situações que decorram de cirurgia eletiva de grande porte, bem como transfusões ambulatoriais.

4.7.4 Acondicionamento temporário dos hemocomponentes no hospital em condições apropriadas, com verificação e registro de temperatura, em conformidade com as normas técnicas.

CLÁUSULA QUINTA – DA FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO TERMO DE COOPERAÇÃO

5.1. Fica indicada a servidora Ângela Maria Brzezinski, portadora do CPF nº 038.684.819-07, lotada na 6ª. Regional de Saúde, como fiscal do Termo de Cooperação, para acompanhar e fiscalizar a execução deste Termo de Cooperação.

5.2. Compete ao Fiscal do Termo de Cooperação:

- a) Ensejar as ações para que a execução física do ajuste ocorra conforme previsto no plano de trabalho;
- b) acompanhar a execução do termo de cooperação, responsabilizando-se pela avaliação de sua eficácia;
- c) prestar, sempre que solicitado, informações sobre a execução do termo de cooperação sob sua responsabilidade;
- d) analisar e aprovar, de forma fundamentada e justificada em relatórios técnicos, as eventuais readequações do plano de trabalho e das especificações dos serviços.
- e) emitir termo de conclusão atestando o término do ajuste.

5.3. Fica indicado como Gestor do Termo de Cooperação o Secretário de Estado da Saúde, Dr. César Augusto Neves Luiz, portador do RG nº *.*.*.063-7 e do CPF nº *.*.*.*.339-87.

5.4. Compete ao Gestor do Termo de Cooperação:

- a) zelar para que a documentação do ajuste esteja em conformidade com a legislação aplicada, desde a sua proposta até a aprovação da prestação de contas;
- b) atuar como interlocutor do órgão responsável pela celebração do ajuste;
- c) verificar o cumprimento dos prazos de prestação de contas dos ajustes, efetuar as devidas análises e encaminhar os respectivos documentos ao ordenador de despesa para deliberação;
- d) zelar pelo cumprimento integral do ajuste.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A fiscalização exercida pela SESA/HEMEPAR não exime o Hospital da sua responsabilidade perante a SESA/HEMEPAR, os pacientes atendidos ou terceiros, decorrente de suas obrigações na execução deste Termo de Cooperação.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Não obstante as vistorias exercidas para o cumprimento deste ajuste, os setores da Vigilância Sanitária de diferentes esferas governamentais, a qualquer tempo e período, exercerão atividades de fiscalização visando o cumprimento dos regulamentos técnicos hemoterápicos e demais requisitos sanitários.

CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS

6. O presente Termo de Cooperação não envolve transferência de recursos financeiros que importe em acréscimo patrimonial para qualquer dos partícipes, havendo mero ressarcimento das despesas efetivadas, de modo a manter as condições materiais previamente existentes, permitindo a recomposição patrimonial de quem incorreu nas despesas e evitando o enriquecimento sem causa de quem utilizou os hemocomponentes.

6.1 É vedado ao HOSPITAL e/ou estabelecimento de saúde firmar contrato ou convênio com entidades impedidas de receber recursos estaduais para consecução do objeto do ajuste.

6.2 Para pacientes não SUS

Nas transfusões de hemocomponentes para pacientes não usuários do SUS, o ressarcimento dos custos atinentes ao valor da bolsa e demais procedimentos que incidam no custo se dará nos termos estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de novembro de 2017, Anexo IV, Título III, de acordo com os valores da tabela constantes na Portaria GM/MS nº 1.469, de 10 de julho de 2006, observadas as condições do disposto na Resolução SESA nº 0053/2021, ou outras que venham a substituí-las.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Esses valores poderão ser atualizados pelos índices oficiais da área da saúde e/ou pelos índices dos custos operacionais.

PARÁGRAFO SEGUNDO: As formas de ressarcimento das transfusões desses pacientes se darão de acordo com a gestão financeira do SUS em seu município, conforme segue:

a) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde credenciados ao SUS sob a gestão financeira estadual do teto de procedimentos de média e alta complexidade – MAC:

O ressarcimento dar-se-á mediante a dedução dos valores devidos pelo HOSPITAL, referentes à utilização de hemocomponentes e serviços de hemoterapia, dos valores de crédito que o HOSPITAL tem a receber por serviços prestados à SESA/SUS.

Assim, o ressarcimento será efetivado mediante encontro de contas, deduzindo dos créditos da fatura SIH/SUS do HOSPITAL os custos operacionais decorrentes da utilização de hemocomponentes do HEMEPAR para pacientes não usuários do SUS.

b) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde credenciados ao SUS, localizados em municípios que detém a gestão financeira do teto MAC:

O ressarcimento dar-se-á por meio da emissão pela SESA/HEMEPAR de boleto bancário diretamente ao HOSPITAL, para pagamento dos débitos do mês pela utilização de hemocomponentes e/ou serviços de hemoterapia em pacientes não usuários do SUS.

c) HOSPITAIS e Estabelecimentos de Saúde privados, com fins lucrativos, não credenciados ao SUS:

O ressarcimento dar-se-á por meio da emissão pela SESA/HEMEPAR de boleto bancário diretamente ao HOSPITAL, para pagamento dos débitos do mês.

PARÁGRAFO TERCEIRO: É facultado ao hospital que conta com Agência Transfusional – AT cobrar a realização de Exames Pré – Transfusionais I e II, nos termos da legislação vigente.

PARÁGRAFO QUARTO: É obrigatório o envio da planilha de registro de transfusões hospitalares, constante no Manual do Cliente Hemepar, conforme Resolução SESA nº 0053/2021, ou outro documento que venham a substituí-lo, adequadamente preenchido para a unidade do HEMEPAR, mensalmente, até dia 10 de cada mês, apresentando os dados das transfusões, objetivando a confrontação dos custos a serem cobrados.

PARÁGRAFO QUINTO: O ressarcimento dos custos deverá ocorrer até a data limite de vencimento à conta do Fundo Estadual de Saúde, em conformidade com as instruções contidas no Boleto Bancário.

PARÁGRAFO SEXTO: Serviços hemoterápicos especiais executados na bolsa de hemocomponente – ou quando coletadas por aférese – também deverão ser ressarcidos. Nesta categoria enquadra-se a deleucotização, fenotipagem, alicotagem, irradiação, e demais procedimentos, observadas as condições dispostas na legislação citada.

PARÁGRAFO SÉTIMO: As provas pré-transfusionais realizadas pelo HEMEPAR entre a amostra de pacientes não Usuários do SUS e as bolsas de hemocomponentes, mesmo quando não houver necessidade de transfusão e forem devolvidas, também deverão ser ressarcidas.

PARÁGRAFO OITAVO: Bolsas de hemocomponentes não utilizadas e que forem devolvidas à unidade do HEMEPAR após os prazos máximos estipulados pelo Manual do Cliente também serão cobradas.

PARÁGRAFO NONO: Caso não ocorra o encaminhamento dos documentos mencionados no PARÁGRAFO QUARTO, o HEMEPAR deverá adotar providências para imediata auditoria e fiscalização no serviço de saúde inadimplente, adotando as medidas de cobrança cabíveis, inclusive na esfera judicial.

6.3 Para pacientes SUS:

O HOSPITAL e demais serviços de saúde que contam com Agência Transfusional faturarão os Exames Pré-Transfusionais I e II, assim como cobrarão o módulo transfusional para as transfusões hospitalares realizadas. Ambos os módulos de cobrança (pré-transfusional e transfusional) serão notificados na Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) do paciente transfundido no Sistema de Internamento Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Para paciente SUS, os módulos Exames Pré-Transfusionais I e II, bem como o Módulo Transfusional, serão faturados pelo hospital na AIH do paciente, conforme Tabela Sigtag DATASUS.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Para os estabelecimentos que não contam com Agência Transfusional, a SESA/HEMEPAR faturará para o Fundo Estadual de Saúde/FUNSAÚDE os códigos dos Exames Pré-Transfusionais I e II da tabela de procedimentos SIA-SUS quando os

mesmos são realizados por uma das Unidades do HEMEPAR (Hemocentros, Hemonúcleos e Unidades de Coleta e Transfusão).

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES

7 Este Termo de Cooperação poderá ser alterado por termo aditivo, vedada a modificação da natureza do seu objeto. Resumo do seu extrato deverá ser publicado no Diário Oficial do Estado e nos respectivos sítios oficiais eletrônicos, no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da assinatura do termo.

7.1 A alteração do termo de cooperação dependerá de prévia aprovação de plano de trabalho readequado e observada a compatibilidade com o objeto do ajuste.

7.2 A readequação do plano de trabalho deverá ser previamente apreciada pelo setor técnico estadual e submetida à aprovação autoridade competente.

CLÁUSULA OITAVA – DA EXTINÇÃO DO TERMO DE COOPERAÇÃO

8 Este Termo de Cooperação poderá ser:

8.1 denunciado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença;

8.2 rescindido, independente de prévia notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

- a) inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas;
- b) constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção em qualquer documento apresentado;
- c) verificação de qualquer circunstância que enseje a instauração de tomada de contas especial;
- d) dano ao erário, exceto se houver devolução dos recursos devidamente corrigidos, sem prejuízo da continuidade da apuração, por procedimentos administrativos próprios, quando identificadas outras irregularidades decorrentes do ato praticado;
- e) não fornecimento de informações sobre o destino das bolsas de hemocomponentes, bem como o fornecimento de informações incorretas ou incompletas;
- f) extinção do vínculo da entidade privada sem fins lucrativos com o SUS.

PARÁGRAFO ÚNICO: Em qualquer dos casos acima, deverá ser lavrado “Termo de Rescisão ou Encerramento”, com as devidas justificativas administrativas.

CLÁUSULA NONA – DA PUBLICIDADE

9. A eficácia deste Termo de Cooperação ou dos aditamentos fica condicionada à publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Estado e no sítio eletrônico oficial da SESA, a qual deverá ser providenciada no prazo de até 20 (vinte) dias da assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10. Fica estabelecido o Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba para dirimir as controvérsias decorrentes da execução deste Termo de Cooperação, com renúncia expressa a outros, por mais privilegiados que sejam, sendo obrigatória a prévia tentativa de solução administrativa.

E, por estarem de acordo, firmam o presente termo, que lido vai assinado digitalmente pelos partícipes e testemunhas.

Curitiba, Datado e Assinado Digitalmente.

Dr. César Augusto Neves Luiz
Secretário de Estado da Saúde/FUNSAÚDE

Antônio Luis Szaykowski
Prefeito de Cruz Machado

Testemunhas:

Nome/CPF

Nome/CPF



ePROTOCOLO



Documento: **TC_243_2024_MUNICIPIO_DE_CRUZ_MACHADO_ASSISTENCIA_HEMOTERAPICA_19.537.8924.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: **Antonio Luis Szaykowski** em 27/08/2024 16:58, **Cesar Augusto Neves Luiz** em 28/08/2024 13:33.

Inserido ao protocolo **19.537.892-4** por: **Pettus Henrique Angelo Rodrigues da Silva** em: 27/08/2024 15:38.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:

4ee56f1a77b258056b1ef449abbd985c.