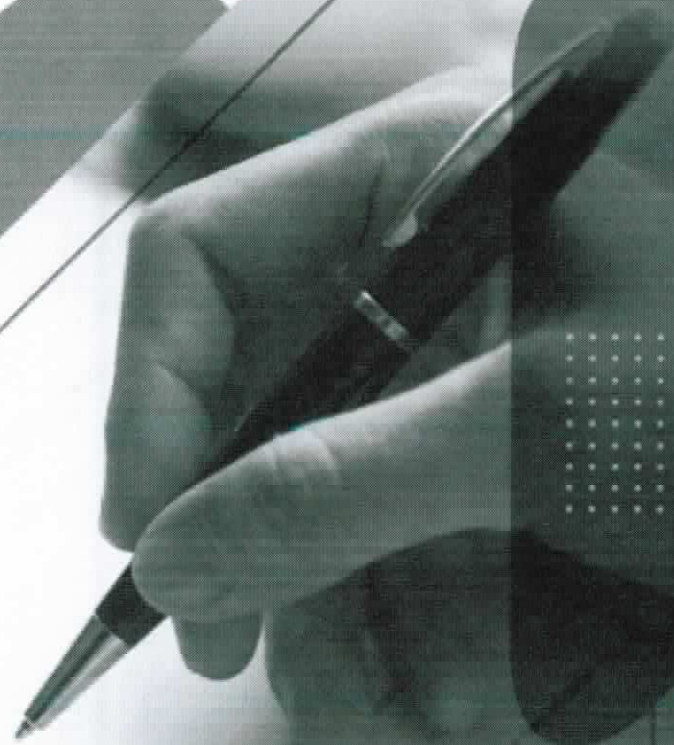


# TERMO DE COMPROMISSO

.....  
Hemocentro Estadual  
Coordenador Prof. Nion Albernaz

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. AUAD - HDT



**TERMO DE COMPROMISSO Nº 055/22**  
**(Hemocentros Regionais, UCT'S e AT's)**

**O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.969.808/0003-31, com sede na Avenida Olinda, Qd. H4, Lt. 01 ao 03, Setor Park Lozandes, Goiânia – GO, CEP 74.884-120, na condição de gestora das atividades do **Hospital de Doenças Tropicais Dr. Auad – HDT**, Contrato de Gestão nº. 091/212, na Alameda Contorno, nº 3556, Setor Jardim Bela Vista, Goiânia – GO, CEP: 74.850-400, neste ato representado por **André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes**, brasileiro, casado, portador CI/RG nº. 224107593 SSP - BA, inscrito no CPF nº 195.644.575-72, residente e domiciliado nesta capital **COMPROMITENTE** e o **IDTECH - INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.966.540/0001-73, com sede no Município de Goiânia/GO, à Rua 01, Qd. B-1, Lts. 03/05, nº 60, Térreo, Setor Oeste, CEP 74.115-040, na condição de gestora das utilidades da Rede Estadual de Hemocentros – Rede HEMO por força do Contrato de Gestão nº 070/2018, Processo nº **201600010020610**, firmado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, doravante denominado **COMPROMISSÁRIO**, neste ato representado pelo seu Superintendente, **José Cláudio Pereira Caldas Romero**, portador do RG/CI nº 224.764 – SSP/GO e do CPF/MF sob o nº 093.517.951-87, residente e domiciliado em Goiânia/GO. E pelo diretor e responsável técnico Ana Cristina Novais Mendes, portadora da RG/CI 2.118.664 – DGPC/GO e CPF/MF 515.066.371-91 e Dra. Rafaela Farias Fonseca portadora da RG/CI 4.471.620 CPF016.982.931-60, inscrita no Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM-GO sob o nº.19.455, respectivamente, ambas residentes e domiciliadas em Goiânia-GO, por mútuo entendimento e plenamente ajustados, resolvem, por estes termos:

## 1. DO OBJETO

Este termo tem por objeto o fornecimento e/ou remanejamento eventual e/ou regular de hemocomponentes e/ou hemoderivados; a realização de procedimentos que visem adequá-los às necessidades específicas do paciente, mediante solicitação e realização de testes sorológicos e/ou imunohematológicos, na forma do que dispõem as legislações vigentes,



especialmente: a Lei Estadual nº 12.122 de 05/10/1993; a Resolução RDC nº 34 de 11/06/2014, publicada no Diário Oficial da União nº 113, de 16/06/2014, Seção 1, página 67; Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017, publicada no Diário Oficial da União nº 190, de 03/10/2017, – Seção 1 – Suplemento – página 360; além de outras relacionadas ou aquelas que as complementarem, substituírem ou sucederem.

### 1.1. CADASTRO

Para receber do COMPROMISSÁRIO hemocomponentes para fins transfusionais, hemoderivados ou realização dos procedimentos descritos neste termo, o COMPROMITENTE deve ser de natureza jurídica pública, privada ou filantrópica, estar cadastrado junto ao COMPROMISSÁRIO (Anexo I) e atender aos requisitos legais, regulamentares e aos protocolos específicos (se for o caso).

## 2. DA FORMA DE EXECUÇÃO

As atividades referidas no objeto serão desenvolvidas pelo COMPROMISSÁRIO.

## 3. DAS OBRIGAÇÕES

### 3.1. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMISSÁRIO

3.1.1. Fornecer hemocomponentes e/ou hemoderivados, de acordo com formulário padronizado e devidamente preenchido (Anexo II), em quantidades previamente solicitadas, 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. Manipular os hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas (deleucotização, aliquotagem, aférese, irradiação, etc.), de acordo com a capacidade técnica de cada unidade, de determinados grupos de pacientes, conforme protocolo e legislação vigente;

3.1.3. O fornecimento dos hemocomponentes e/ou hemoderivados solicitados ocorrerá conforme descrição abaixo:

>Disponibilizar no setor de distribuição os produtos solicitados pelo COMPROMITENTE;

>A conferência e retirada dos produtos disponibilizados devem ser realizadas em conjunto pelos funcionários do COMPROMITENTE e do COMPROMISSÁRIO e, ao final da

conferência, o funcionário do COMPROMITENTE deverá assinar um Formulário de Distribuição contendo: **data, hora, nome legível ou carimbo e assinatura do funcionário;**

3.1.4. O Hemocentro Estadual Coordenador Prof. Nion Albernaz, sempre que necessário e de acordo com os protocolos internos, realizará treinamento aos profissionais da Rede HEMO: **Responsável Técnico** - acerca da responsabilidade técnica, uso e indicações de hemocomponentes, procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, rastreabilidade e gestão da unidade; **Outros Profissionais de Saúde** - quanto aos procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, arquivos e rastreabilidade; procedimentos de captação de doadores; de hemovigilância, gerenciamento de resíduos, segurança e biossegurança; **Administrativos** - quanto aos procedimentos administrativos inerentes as atividades hemoterápicas (HEMOPROD, etc.). Os treinamentos devem ser realizados como parte do cronograma de capacitação do COMPROMISSÁRIO, solicitados pelo COMPROMITENTE, conforme necessidade;

3.1.5. Disponibilizar orientação às áreas técnica e administrativa, referente às atividades hemoterápicas sempre que necessário, de acordo com os protocolos internos ou quando solicitadas pelo COMPROMITENTE;

3.1.6. Realizar visitas técnicas periódicas ao COMPROMITENTE;

3.1.7. Manter arquivo dos registros, resguardando o sigilo e permitindo a rastreabilidade do produto hemoterápico, conforme a legislação vigente;

3.1.8. Prestar atendimento aos doadores de sangue encaminhados pelo COMPROMITENTE, condicionado à capacidade de atendimento à demanda;

3.1.9. Disponibilizar e orientar sobre a legislação vigente sempre que necessário ou quando solicitado.

## 3.2. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

3.2.1. Possuir e manter atualizado o cadastro junto ao COMPROMISSÁRIO;

3.2.2. Indicar médico responsável técnico, podendo ser o próprio Diretor Técnico, que deve assinar este Termo de Compromisso, juntamente com o titular da unidade, formalizando sua concordância e responsabilidade quanto aos procedimentos e sua execução, nos termos da legislação vigente;

3.2.3. Apresentar, anualmente ou quando solicitado, ao COMPROMISSÁRIO, cópia da Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária e Ficha de Cadastro atualizada (**Anexo I**);



bolsas recebidas, utilizadas e em estoque, contendo, também, informações sobre o procedimento transfusional, com dados dos receptores e hemocomponentes utilizados, devolvidos e descartados. As informações serão utilizadas pelo COMPROMISSÁRIO para atender requisitos legais e para gerenciar o fornecimento dos hemocomponentes e deve vir por escrito, através do preenchimento de formulários específicos, devidamente assinados pelo Responsável Técnico da unidade, caso o COMPROMITENTE tenha Agência transfusional (AT);

3.2.11. Realizar exames imunohematológicos pré-transfusionais na amostra do receptor, de acordo com a prescrição e conforme legislação vigente, em caso de Hemocentro Regional, UCT ou AT;

3.2.12. Encaminhar ao COMPROMISSÁRIO amostra do receptor para identificação de anticorpos irregulares, quando ocorrer, de acordo com protocolo específico;

3.2.13. Responder integralmente pelo transporte, armazenamento e conservação dos hemocomponentes e hemoderivados, conforme os padrões recomendados pelo COMPROMISSÁRIO, atendendo a legislação vigente. Em caso do COMPROMITENTE ser um Hemocentro Regional, UCT ou AT, os mesmos deverão responder pelo armazenamento e conservação dos hemocomponentes e hemoderivados, atendendo a legislação vigente;

3.2.14. Manter registros relativos às atividades e procedimentos, permitindo a rastreabilidade dos hemocomponentes e informações, de acordo com a legislação vigente;

3.2.15. Dar destino adequado aos resíduos biológicos gerados pelo ato transfusional ou por outros procedimentos técnicos realizados na unidade, conforme legislação vigente;

3.2.16. Auxiliar na manutenção do estoque regulador de sangue do COMPROMISSÁRIO, recrutando doadores voluntários, visando à integração nas ações de captação;

3.2.17. Para doação autóloga ou dirigida, devem ser respeitadas as rotinas estabelecidas pelo COMPROMISSÁRIO;

3.2.18. Indicar profissional para ser capacitado pelo COMPROMISSÁRIO nos trabalhos de captação de doadores voluntários de sangue, com o objetivo de manutenção do estoque de hemocomponentes;

3.2.19. Disponibilizar os funcionários do serviço para treinamento e educação continuada, sempre que solicitado pelo COMPROMISSÁRIO;



322







3.2.27. Informar mensalmente a produção hemoterápica à Vigilância Sanitária/SES-GO e ao COMPROMISSÁRIO, no Setor de Faturamento, através do Formulário de Produção Hemoterápica – HEMOPROD (RDC/ANVISA 149/2001).

3.2.28. Permitir ao COMPROMISSÁRIO realizar auditorias para verificar as atividades relativas aos procedimentos técnicos e administrativos inerentes à prática hemoterápica ou hematológica e da correta execução deste termo;

3.2.29. Especificamente em unidades de natureza pública, caracterizadas como Hemocentro Regional ou Unidade de Coleta e Transfusão, além do descrito acima, devem atender ainda:

3.2.29.1. Realizar procedimentos de: captação, cadastro, triagens, coleta, processamento, liberação, distribuição, transfusão, incluindo os testes pré-transfusionais, exames imunohematológicos do doador, garantia da qualidade, registros, capacitação, hemovigilância e retrovigilância, transporte, armazenamento e demais procedimentos inerentes ao funcionamento do serviço, conforme legislação vigente;

3.2.29.2. Encaminhar as amostras de sangue dos doadores, exclusivamente ao COMPROMISSÁRIO, para realização dos testes sorológicos, para liberação dos hemocomponentes, conforme legislação vigente;

3.2.29.3. Atender aos protocolos internos do COMPROMISSÁRIO e a legislação vigente, quanto ao envio e/ou recebimento de amostras, hemocomponentes, resultados dos testes laboratoriais, hemovigilância e retrovigilância, remanejamento de hemocomponentes e garantia da qualidade.

3.2.30. O COMPROMITENTE assume a responsabilidade perante o COMPROMISSÁRIO por danos, erros, omissões, negligências, imperícias ou imprudências ocorridas durante o cumprimento de suas obrigações e relacionadas ao objeto deste contrato.

3.2.31. O COMPROMITENTE ficará responsável por quaisquer danos que seus atos ou de seus prepostos venham comprovadamente causar a terceiros e/ou ao COMPROMISSÁRIO, reparando, às suas expensas, os mesmos sem que lhe caiba nenhuma indenização.

3.2.32. O COMPROMITENTE obriga-se a manter sigilo sobre as informações recebidas do COMPROMISSÁRIO em razão dos serviços prestados sob este contrato, tais como especificações, dados técnicos e outros, não os divulgando de qualquer forma e sob qualquer pretexto, senão a seus empregados que tenham de fato a necessidade de obter a informação

3.2.20. A investigação e notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com as legislações vigentes ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de Hemovigilância. No caso em que haja necessidade de interveniência do serviço de hemoterapia produtor ou fornecedor do hemocomponente, o serviço de saúde deverá articular com o serviço produtor ou fornecedor com vistas às medidas cabíveis e conclusão do ciclo investigativo. Para isso o COMPROMITENTE deverá capacitar as unidades de saúde sob sua responsabilidade para que realizem as notificações conforme legislação vigente e manual de hemovigilância.

3.2.21. Manter as condições técnicas ideais para o 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, mantendo os hemocomponentes em refrigerador exclusivo, com termômetro, alarmes sonoros e visual, mapa de registro de temperatura, conforme legislação vigente;

3.2.22. Não fornecer hemocomponentes a outros serviços de saúde, ainda que conveniados ou contratados com o COMPROMISSÁRIO, salvo em situações expressamente autorizadas por este, sob pena de dar causa a imediata à rescisão deste termo de compromisso;

3.2.23. Informar por escrito ao COMPROMISSÁRIO, assinado pelo Responsável Técnico, a internação de pacientes portadores de doenças hematológicas que necessitem de transfusões por tempo prolongado;

3.2.24. Informar por escrito ao COMPROMISSÁRIO, assinado pelo Responsável Técnico, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a abertura de novos serviços em sua unidade ou área de abrangência, como: UTI neonatal; transplantes de órgãos e tecidos; cirurgias cardiovasculares; serviços onco hematológico, de emergência e de trauma;

3.2.25. Instituir Comitê Transfusional e designar um profissional de saúde e um médico para assegurar a implantação e acompanhamento do processo de hemovigilância e retrovigilância, conforme as diretrizes do termo e de acordo com a legislação vigente;

3.2.26. Garantir o processo de hemovigilância encaminhando, no prazo máximo de 15(quinze) dias, ao COMPROMISSÁRIO cópia do NOTIVISA após investigação do incidente transfusional (qualquer anormalidade com o paciente) que possa ser imputada à transfusão do hemocomponente fornecido, especificando a alteração observada de acordo com o Manual de Hemovigilância do Ministério da Saúde;



para a execução deste Termo de Compromisso, sob pena de responder por perdas e danos, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal de seus representantes legais e colaboradores.

3.2.33. As despesas com frete, transporte, salários de colaboradores do COMPROMITENTE e/ou de terceiros por ela arrematados para a execução do objeto deste instrumento, bem como os encargos sociais, previdenciários, fundiários, direitos trabalhistas, indenizações de qualquer espécie, ressarcimento por acidente de trabalho e outras expensas daí decorrentes, serão de sua inteira responsabilidade.

3.2.34. A relação entre as partes não caracteriza, entre estes, vínculo societário e/ou empregatício, pois não se faz presente a habitualidade, assiduidade, pontualidade e salário, cabendo, tão somente, ao COMPROMITENTE desenvolver suas obrigações de forma satisfatória, dentro das normas legais e das estabelecidas nestes termos.

3.2.35. A relação entre o COMPROMISSÁRIO e os colaboradores do COMPROMITENTE, se houver, não caracteriza, entre estes, vínculo empregatício, pois não se faz presente a subordinação, assiduidade, pontualidade e remuneração salarial dos trabalhos entre as partes, sendo que este(s) funcionário(s) encontra(m)-se sujeito(s) e condicionado(s) ao recebimento de ordens exclusivas do COMPROMITENTE, ficando este obrigado a remunerar mensalmente seus empregados.

#### **4. DO TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS**

4.1. Conforme Resolução RDC nº 34 de 11/06/2014 Seção X Distribuição de Hemocomponentes, parágrafo 1º, o processo de transporte de hemocomponentes deve ser validado de acordo com os requisitos estabelecidos nesta Resolução, nas legislações de transporte de material biológico e determinações do Ministério da Saúde.

4.2. O transporte é de responsabilidade do COMPROMITENTE e deve ser realizado em recipiente adequado e validado para manter as condições de armazenamento e por pessoa capacitada para tal fim, observando o disposto na legislação vigente;

4.3. O COMPROMITENTE deve cadastrar junto ao COMPROMISSÁRIO, no Setor de Distribuição, os motoristas responsáveis pelo transporte, não devendo realizá-lo funcionário não cadastrado, exceto se apresentar documento oficial de identificação pessoal e

autorização por escrito da Direção do COMPROMITENTE ou do Responsável Técnico da unidade hemoterápica;

4.4. Os hemocomponentes, hemoderivados e/ou amostras, devem ser transportados em caixas isotérmicas, validadas, de poliuretano rígida, resistente, sem vazamento, em boas condições de higiene e limpeza, contendo gelo reciclável para manter a temperatura adequada de acordo com o produto; com etiqueta externa de identificação, contendo: nome, telefone e endereço da unidade; identificação de risco biológico e inscrição "PARA TRANSPORTE EXCLUSIVO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES", acompanhados da declaração de conteúdo;

4.5. As caixas térmicas devem ser transportadas em veículo fechado, não sendo permitido utilizar o compartimento de passageiros nem transporte por motos ou bicicletas;

4.6. As caixas térmicas devem conter termômetro com alarme sonoro e visor externo capaz de aferir a temperatura mínima e máxima no interior da caixa durante o transporte, sem a necessidade de abri-la;

4.7. Verificar, registrar e arquivar os registros de temperatura das caixas, conforme a legislação vigente;

4.8. O transporte deve ser realizado em caixas individuais, atendendo as especificações do fabricante e legislação vigente, de acordo com o tipo de produto: **concentrado de hemácias**: temperatura entre 1°C e 10°C, mantida com gelo reciclável, sendo necessário a proteção dos produtos contra o contato direto com o gelo; **concentrado de plaquetas**: temperatura entre 20°C e 24°C; **crioprecipitado e plasma congelado**: temperatura de - 20°C ou inferior, com utilização preferencial de gelo seco.

4.9. O COMPROMITENTE deve manter, em condições técnicas ideais, o armazenamento dos hemocomponentes, reagentes e amostras, com o monitoramento da temperatura, conforme legislação vigente;

4.10. Concentrados de hemácias ou plaquetas, que pelo histórico ou previsão de uso sejam passíveis de vencimento, devem ser devolvidos pelo COMPROMITENTE ao COMPROMISSÁRIO respeitando os prazos de: 05 (cinco) dias antes do vencimento para **concentrado de hemácias**; e 01 (um) dia antes do vencimento para **concentrado de plaquetas**;

4.11. Quando o COMPROMISSÁRIO for responsável pelo transporte dos hemocomponentes e hemoderivados, será de sua responsabilidade as condições estabelecidas neste termo.



4.12.As condições de transporte e acondicionamento relativas à capacidade máxima de bolsas por embalagem, empilhamento e sistema de monitoramento e controle da temperatura devem ser validadas a fim de garantir a integridade do produto.

4.13.O veículo deve estar regularizado junto à Anvisa, de acordo com as legislações vigentes.

## 5. DO RESSARCIMENTO

5.1.É vedado ao COMPROMITENTE comercializar, remanejar, distribuir ou destinar indevidamente hemocomponentes fornecidos pela **HEMOCENTRO ESTADUAL COORDENADOR PROFESSOR NION ALBERNAZ - HEMOGO**, ou, ainda, auferir lucros sobre esses produtos, sob pena de suspensão do fornecimento pelo **HEMOCENTRO ESTADUAL COORDENADOR PROFESSOR NION ALBERNAZ - HEMOGO**. Declarar, obrigatoriamente, nas faturas dos serviços prestados aos pacientes não SUS a origem dos hemocomponentes, apondo carimbo no anverso de forma visível, constando os seguintes dizeres: **“O HEMOCOMPONENTE UTILIZADO FOI COLETADO, TESTADO E LIBERADO PELO HEMOCENTRO ESTADUAL COORDENADOR PROFESSOR NION ALBERNAZ - HEMOGO. É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A SUA COMERCIALIZAÇÃO OU QUALQUER AUFERIMENTO DE LUCRO SOBRE ESTE PRODUTO.”**;

5.2.Emitir relatório, quando da finalização da vigência do Convênio, em que deverão constar as seguintes informações e documentos:

- a) Relação dos hemocomponentes recebidos, transfundidos, devolvidos e descartados;
- b) Relação de serviços prestados, quando for o caso;
- c) Certidões de regularidade fiscal;
- d) Descrição das ações de captação de doadores;

5.3.O relatório final emitido pelo COMPROMITENTE será analisado e aprovado pelo executor do Termo de Compromisso e pela Diretoria da Rede HEMO, conjuntamente, no prazo de 60 (sessenta) dias. Caso o relatório final seja reprovado, será concedido prazo de 15 (quinze) dias para o COMPROMITENTE se manifestar.

5.4.Por se tratar de fornecimento ou remanejamento de hemocomponentes no âmbito do SUS, não haverá ressarcimento ou repasse financeiro adicional entre os serviços que aqui se comprometem.

382    

## 6. DAS PENALIDADES

6.1. Pela inexecução total ou parcial deste termo, pode ser aplicada ao COMPROMITENTE, garantida a prévia defesa, a critério do COMPROMISSÁRIO, as seguintes sanções: advertência; suspensão temporária e suspensão definitiva;

6.2. Havendo reincidência aos itens previstos, e/ou recusa do COMPROMITENTE em cumprir o previsto na legislação vigente, o COMPROMISSÁRIO poderá denunciar à VISA local e ao Conselho Regional de Medicina;

6.3. Da aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou suspensão definitiva, caberá recurso ao COMPROMISSÁRIO, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da comunicação do ato;

6.4. Quando interposto o recurso, deve este ser entregue, contra recibo, no protocolo do COMPROMISSÁRIO;

6.5. O COMPROMISSÁRIO pode suspender ao COMPROMITENTE o fornecimento de hemocomponentes ou hemoderivados, se comprovar a comercialização ou existência de acordos paralelos de assistência hemoterápica.

## 7. DA VIGÊNCIA

7.1. O presente Termo de Compromisso terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, prorrogável por mais 12 (doze) meses quando não houver alternância do Diretor Técnico/Responsável Técnico. Neste caso, os Gestores da Unidade Hemoterápica (COMPROMITENTE), deverão encaminhar um comunicado ao COMPROMISSÁRIO indicando o nome e enviando as cópias de toda a documentação deste profissional. O COMPROMISSÁRIO se responsabilizará de enviar um Termo Aditivo visando garantir a legalidade deste documento.

## 8. DA RESCISÃO OU ALTERAÇÃO

8.1. O presente termo pode ser rescindido pelo inadimplemento das cláusulas nele estabelecidas, podendo ser rescindido, ainda, sem qualquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito, com no mínimo 90 (noventa) dias de antecedência. Poderá, também, 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 a legislação do SUS, especialmente, Leis Federais nº 8.080 de 19/09/1990, 8.142 de 28/12/1990 e 10.205 de 21/03/2001; Lei Estadual nº 12.122 de 05/10/1993; a Resolução RDC nº 34 de 11/06/2014, publicada no Diário Oficial da União nº 113, de 16/06/2014, Seção 1, página 67 e Portaria de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, publicada no Diário Oficial da União nº 190, de 03/10/2017 – Seção 1 – Suplemento – página 360.

## 10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, o COMPROMISSÁRIO 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 resolvidos 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 de compromisso.

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.

Goiânia/GO, ao(s) 05 dia(s) do mês de julho de 2022.

### COMPROMITENTE:

Karine Borges de Medeiros  
 Diretora Técnica  
 CRM-GO 15.113  
 HDT/ISG

**André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes**  
 ISG - Instituto Sócrates Guanaes  
 Representante Legal – Organização Social

**Dra. Karine Borges de Medeiros**  
 Responsável Técnico  
 CRM/GO 15113

Revisão 02- 150515

Ernesto Stangueti  
 Diretor Financeiro  
 Instituto Sócrates Guanaes

Dr. Marco Aurélio Magalhães  
 Diretor Técnico Operacional/CRM 99645  
 Instituto Sócrates Guanaes



**COMPROMISSÁRIO:**

**Ana Cristina Novais Mendes**  
Diretoria Técnica

*Rafaela Farias Fonseca*  
**Dra. Rafaela Farias Fonseca**  
Responsável Técnico  
CRM/GO 19455



**José Cláudio Romero**  
Superintendência

**Testemunhas:**

**1ª Denyse Silva Goulart**  
CPF/MF: 009.199.481-03

*PIP Márcio Veloso Costa*  
**2ª Diogo Ramos Veloso Costa**  
CPF/MF: 919.025.331-00





# ANEXO I e II

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

|  |                        |                |                            |  |          |
|--|------------------------|----------------|----------------------------|--|----------|
| UNIDADE SOLICITANTE/HOSPITAL:  |                        |                |                            | DATA INTERNAÇÃO:                           |          |
| TELEFONE ATUALIZADO DO SOLICITANTE (contato imediato em casos de necessidade): |                        |                |                            |  |          |
| PACIENTE:  |                        |                |                            | N° CNS (SUS):                              |          |
| Endereço (Rua, Av.):   |                        |                |                            | CEP:                                       | N°:      |
| QUADRA:  | LOTE:                  | COMPL.:        | BAIRRO:                    | CIDADE:                                    |          |
| Nome da Mãe:   |                        |                |                            |  |          |
| Para pacientes menores de quatro meses, informe a tipagem ABO/RH da mãe:       |                        |                |                            |  |          |
| N° PRONTUÁRIO:   | ENF:                   | LEITO:         | SEXO:                      | D.NASC:                                    | PESO: Kg |
| SOLICITOU DOADORES?  | JÁ RECEBEU TRANSFUÇÃO? | QUANTAS?       | HÁ QUANTO TEMPO?           | ONDE?                                      |          |
| EXAMES   | HEMOGLOBINA g/dL       | HEMATÓCRITO: % | PLAQUETAS: mm <sup>3</sup> | DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO?<br>( ) SIM ( ) NÃO |          |
| DIAGNÓSTICO:   |                        |                |                            |  |          |
| INDICAÇÃO CLÍNICA:   |                        |                |                            |  |          |

| PRESCRIÇÃO                               |            |        |                              |   |  |
|--|------------|--------|------------------------------|---|--|
| HEMOCOMPONENTE/HEMODERIVADO              | QUANTIDADE | VOLUME | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:     |   |  |
| ( ) Concentrado de Hemácias              |            |        | ( ) Ex-sanguíneo transfusão  | Volume: plasma: _____ mL /<br>Concentrado de hemácias: _____ mL |  |
| ( ) Plasma fresco                        |            |        |                              |   |  |
| ( ) Concentrado de plaquetas             |            |        |                              |   |  |
| ( ) Concentrado de plaquetas por aférese |            |        | ( ) Plasmaférese terapêutica | Volume: _____ mL  |  |
| ( ) Crioprecipitado                      |            |        | Observação:                  |   |  |
| ( ) Outros (Especificar)                 |            |        |                              |   |  |

( ) IRRADIADO ( ) LAVADO ( ) FILTRO DE LEUCÓCITOS ( ) FENOTIPADO

|   |  |
|---|--|
| Assinatura Médico solicitante/CRM/Carimbo | Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h |
|---|--|

**TIPO DE TRANSFUÇÃO:**

- ( ) Programada (Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h).
- ( ) Rotina (a ser realizada dentro das 24 horas).
- ( ) Urgente (a ser realizada em até 3 horas após o recebimento da solicitação)
- ( ) Emergência – quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente – só pode ser realizada com autorização do médico solicitante, incluindo assinatura do termo de responsabilidade.

**• É OBRIGATÓRIO REGISTRAR O NÚMERO E A ORIGEM DOS HEMOCOMPONENTES, BEM COMO A DATA EM QUE A TRANSFUÇÃO OCORREU NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DE EMERGÊNCIA**

De acordo com a Portaria Consolidada MS/GM nº 05/2017, devido à gravidade do Estado de Saúde e risco de morte por atraso ou não realização da transfusão no paciente acima identificado, **AUTORIZO** a transfusão dos hemocomponentes prescritos antes do término dos testes pré-transfusionais e declaro estar ciente dos riscos e das possíveis consequências advindas dessa transfusão.

Ass. e carimbo médico responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.

- Requisição fora dos padrões, incompleta, ilegível ou rasurada não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).
- Os tubos contendo amostras de sangue para os testes pré-transfusionais devem ser rotulados no momento da coleta, contendo no mínimo, identificação da unidade solicitante, o nome completo do receptor (paciente) sem abreviaturas, seu número de identificação, nome do coletador e data da coleta. Tubos que não estejam corretamente identificados não devem ser aceitos pelo serviço de hemoterapia (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).

**As solicitações devem ser feitas em DUAS VIAS que devem ser obrigatoriamente encaminhadas ao Serviço de Hemoterapia.**

Para mais informações acesse o Manual Transfusional pelo site: [hemocentro.org.br](http://hemocentro.org.br)



## REQUISIÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

UNIDADE REQUERENTE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

| HEMOCOMPONENTE                                |   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD |     |     |     |     |     |     |     | QTD |
|---|---|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|   |   | O                        |     | A   |     | B   |     | AB  |     |     |
|   |   | POS                      | NEG | POS | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| <b>ESTOQUE ATUAL</b>                          | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | PLASMA FRESCO CONGELADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CRIOPRECIPITADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | OUTROS  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>SOLICITADO</b>                             | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | PLASMA FRESCO CONGELADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CRIOPRECIPITADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | OUTROS  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>JUSTIFICATIVA</b>                          | PARA PRIORIZAR O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO, O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DEVERÁ JUSTIFICAR NO VERSO DESTE FORMULÁRIO O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO. A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER FEITA PARA CADA GRUPO SANGUÍNEO ABO/RHD E TIPOS DE PRODUTOS SOLICITADOS CONFORME A TABELA NO VERSO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS. |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                            | AUTORIZO O SR. (A) _____ PORTADOR DO DOCUMENTO Nº _____ RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO.<br>DATA DO PEDIDO: ____/____/____  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO</b> |   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |

| HEMOCOMPONENTE  |                                       | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD |     |                |     |                   |     |     |     | QTD |
|-----------------|---------------------------------------|--------------------------|-----|----------------|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|
|                 |                                       | O                        |     | A              |     | B                 |     | AB  |     |     |
|                 |                                       | POS                      | NEG | POS            | NEG | POS               | NEG | POS | NEG |     |
| <b>ATENDIDO</b> | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH PADRÃO)   |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS TB            |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOCITADA |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO     |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CH DELEUCOCITADA E IRRADIADO          |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOCITADA |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | PLASMA                                |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | CRIO PRECIPITADO                      |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 | OUTROS                                |                          |     |                |     |                   |     |     |     |     |
|                 |                                       | DATA ____/____/____      |     | HORA ____:____ |     | RESPONSÁVEL _____ |     |     |     |     |

SERÁ PRIORIZADO O ATENDIMENTO PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO IMEDIATA OU TRANSFUSÃO PROGRAMADA COM MENOS DE 24 HORAS OU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM INDICAÇÃO MÉDICA DE TRANSFUSÃO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS.

10

## REQUISIÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

|                     |       |
|---------------------|-------|
| UNIDADE REQUERENTE: | CNPJ: |
| MUNICÍPIO:          |       |

| HEMOCOMPONENTE      |   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD |     |                   |     |     |     |     |     | QTD |
|---------------------|---|--------------------------|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                     |   | O                        |     | A                 |     | B   |     | AB  |     |     |
|                     |   | POS                      | NEG | POS               | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| ESTOQUE ATUAL       | CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | OUTROS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
| SOLICITADO          | CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | OUTROS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
| JUSTIFICATIVA       | <p>PARA PRIORIZAR O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUÇÃO, O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DEVERÁ JUSTIFICAR NO VERSO DESTES FORMULÁRIO O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO. A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER FEITA PARA CADA GRUPO SANGUÍNEO ABO/RHD E TIPOS DE PRODUTOS SOLICITADOS CONFORME A TABELA NO VERSO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS.</p> |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
| AUTORIZAÇÃO         | <p>AUTORIZO O SR. (A) _____ PORTADOR DO DOCUMENTO Nº _____ RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO.</p> <p>DATA DO PEDIDO: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____ ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO</p>  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
| HEMOCOMPONENTE      |   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD |     |                   |     |     |     |     |     | QTD |
|                     |   | O                        |     | A                 |     | B   |     | AB  |     |     |
|                     |   | POS                      | NEG | POS               | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| ATENDIDO            | CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO   |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
|                     | OUTROS  |                          |     |                   |     |     |     |     |     |     |
| DATA ____/____/____ |   | HORA ____:____           |     | RESPONSÁVEL _____ |     |     |     |     |     |     |

*[Handwritten signatures and initials]*



PROCURAÇÃO AD NEGOTIA

**OUTORGANTE:** INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG, , INSTITUTO SÓCRATES GUANAES, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 03.969.808/0001-70, com endereço na Rua Coronel Almerindo Rehen, n. 82, Ed. Bahia Executive Center, 4ª andar, salas 405, 406, 407, 408, Caminho das Árvores, CEP 41.820-768, Salvador/BA, e suas filiais, neste ato representado por seu **Diretor-Presidente, Dr. André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes**, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de Identidade RG nº 02.241.075-93 SSP/BA e inscrito no CPF/MF sob o nº 195.644.575-72, residente e domiciliado à Rua Manoel da Nóbrega nº1240, apto. 252, bloco A Paraíso, São Paulo/SP, e por seu **Diretor Financeiro, Sr. Ernesto Stangueti**, brasileiro, casado, administrador hospitalar, portador da Cédula de Identidade RG nº 7.652.154-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 846.816.088-15, residente e domiciliado à Rua Sebastião Martins, 119, Jardim Bonfiglioli, São Paulo/SP.

**OUTORGADOS:** Sr. **ERNESTO STANGUETI**, brasileiro, casado, administrador hospitalar, portador da Cédula de Identidade RG nº 7.652.154-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 846.816.088-15, residente e domiciliado à Rua Sebastião Martins, 119, Jardim Bonfiglioli, São Paulo/SP e Dr. **MARCO AURELIO DE MAGALHÃES PEREIRA**, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade RG nº 56.098.189-2, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.447.147-48, residente e domiciliado na Rua Xavier da Veiga, n. 81, apto. 194, Santana, São Paulo/SP e

**PODERES:** Sempre em conjunto com um diretor do Outorgante, representar o Outorgante em seus projetos, negócios e contratos de gestão e serviços, assim como assinar convênios, contratos e outras avenças com entidades congêneres ou não, e com entes federativos, independentemente da esfera governamental, podendo para tanto requerer, alegar e assinar o que for preciso, efetuar abertura e movimentação de conta bancária, emitir cheques, autorizar cobrança, receber, passar recibo e quitação, solicitar extratos e saldos, requisitar talonários de cheques, autorizar débito em conta relativa a operações, retirar cheques devolvidos, endossar cheques, sustar/contra-ordenar cheques, cancelar cheques, baixar cheques, efetuar resgates/aplicações financeiras, cadastrar, alterar e desbloquear senhas, efetuar pagamentos por meio eletrônico efetuar transferências por meio eletrônico, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

**VALIDADE:** Esta procuração tem validade de 1 (um) ano, a contar de sua assinatura.

São Paulo, 10 de janeiro de 2023.

  
  
**INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – ISG**  
André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes      Ernesto Stangueti  
Diretor-Presidente      Diretor Financeiro

www.lsgsaude.org

**SALVADOR - BA**  
Alameda Salvador, 1057, Cond. Salvador  
Shopping Business, Torre América,  
sl. 712 - cep: 41.820-790  
Caminho das Árvores, Salvador BA  
tel: +55 71 4062.8888

**RIO DE JANEIRO - RJ**  
Praia do Flamengo, 66 - Bloco B  
sl. 1002 - cep: 22210-030  
Flamengo, Rio de Janeiro - RJ  
tel: +55 21 3559.6848

**GOIÂNIA - GO**  
Avenida Olinda, Qd H-4  
Lt.01 ao 03 - cep: 74884-120  
Park Lozandes, Goiânia - GO  
tel: +55 62 3201.3619

**SÃO PAULO - SP**  
Av. Brigadeiro Luis Antônio, 2  
6º andar - cep: 01.401-000  
Jardim Paulista, São Paulo - SP  
tel: +55 11 4003.1543

**CARTÓRIO CATIZANE – TABELIONATO 8º OFÍCIO DE NOTAS**  
Ma. Carolina Catizane de Oliveira Almeida - Tabela 8 Tabul / Av. Tancredo Neves, 809 - Ed. Espaço Empresarial, Lapa B e C,  
Caminho dos Árvores, Salvador - BA, CEP: 41.520-021. www.cartorio.catizane.com.br - Tel: (71) 3475-1111

Reconheço por **AUTENTICIDADE** a(a)s firma (s) de:  
**ANDRE MANSUR DE CARVALHO BINKSAS GOMES**

Salvador, 16 de Janeiro de 2021  
Em Test. X da Verdade.  
**ANDERSON DE JESUS SOUZA**  
**ESCRIVENTE**

Selo: 11008.AB977622-8 - Valor: R\$ 8,35  
Consulte em: [www.tjba.jus.br/autenticidade](http://www.tjba.jus.br/autenticidade)



*Anderson de Jesus Souza  
Escrivente*



**22** Notas 22º Tabelião de Notas da Capital / SP  
ANA PAULA FRONTOZ Tabelli Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3743 - CEP 01401-001 - Jardim Paulista  
São Paulo/SP - Tel: 3028-9761 - [22tabelionatodacapital.com.br](http://22tabelionatodacapital.com.br)

Reconheço por autenticidade firma de:  
**ERNESTO STANGUETTI**

São Paulo, 11 de Janeiro de 2023  
Em test. X da verdade.  
**ALBERTO FERREIRA DA CRUZ NETO**  
Selo(s): 1057AA0376100 Valor: R\$20,40  
Operador: MTA

RA1057AA0376100



112300  
RECONHECIMENTO  
AUTENTICO

\*VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS EXOU RASURAS\*

22º TABELIÃO DE NOTAS  
Alberto Ferreira da Cruz Neto  
Escrivente Autorizado  
São Paulo - Capital

*AS*

5