



## HEMORREDE SP/SUS

### CONTRATO Nº 01/2021 DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES.

Pelo presente instrumento particular de contrato, de um lado, a **ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ**, com sede na cidade de Guarujá/SP, na Rua Quinto Bertoldi, n. 40, bairro V. Maia inscrita no CNPJ/MF sob o nº 48.697.338/0001-70, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Urbano Bahamonde Manso, portador da cédula de identidade com R.G. nº 11.733.088 e inscrito no CPF/MF nº 044.889.298-77, e por sua Diretora 1ª Tesoureira, Sra. Evanusa Dantas de Oliveira Silva, portadora da cédula de identidade com RG nº 27.495.514-3 e inscrita no CPF/MF nº 159.004.048-11, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **COLSAN – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE**, associação civil sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de São Paulo/SP, na Avenida Jandira nº 1.260 – Indianópolis, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.047.007/0001-53, neste ato representada por seu Diretor Vice-Presidente, Prof. Dr. Manoel João Batista Castello Girão, portador da cédula de identidade com R.G. nº 12.959.475 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 066.169.308-23, doravante denominada **CONTRATADA**, têm entre si ajustado o presente contrato, que se regerá pelas condições estabelecidas nas cláusulas a seguir indicadas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.1.** Este contrato tem por objetivo definir as regras, competências e obrigações das partes para a prestação de serviços de controle de qualidade de hemocomponentes da CONTRATANTE, pela CONTRATADA.

#### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA CONTRATADA

- 2.1.** Executar os testes de controle de qualidade de hemocomponentes requeridos pela **CONTRATANTE**.  
**2.1.1.** A **CONTRATADA**, após o término de cada mês, entregará à **CONTRATANTE** relatório de controle de qualidade de hemocomponentes, em que constará o total produzido, a amostragem avaliada e também a conformidade obtida em cada teste.
- 2.2.** Observar de forma rigorosa o disposto nos regulamentos técnicos para procedimentos hemoterápicos, bem como toda legislação vigente que regule a presente prestação de serviços; e
- 2.3.** Responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, tributários e comerciais, incidentes na execução deste contrato, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos à **CONTRATANTE**.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA CONTRATANTE

- 3.1.** Informar previamente a **CONTRATADA**, antes do envio das amostras, os testes de controle de qualidade necessários, bem como a quantidade a ser encaminhada;
- 3.2.** Acordar com a **CONTRATADA** a data de envio das amostras e o prazo de entrega dos laudos;
- 3.3.** Encaminhar para a sede da **CONTRATADA** as amostras de hemocomponentes para controle de qualidade, no horário determinado pela **CONTRATADA**, juntamente com a documentação contendo a relação das amostras enviadas, conforme padrão da **CONTRATADA**;

Firmante: Evanusa Dantas de Oliveira Silva  
COLSAN

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588  
[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)  
e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)



## HEMORREDE SP/SUS

- 3.3.1.** Para que a **CONTRATADA** possa prestar os serviços corretamente, deverá a **CONTRATANTE** garantir o envio das amostras nos exatos termos previstos na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, ou na normativa posterior que venha eventualmente a substituí-la.
- 3.4.** Realizar o transporte das amostras, em caixa térmica devidamente validada, observando o disposto na legislação vigente;
- 3.4.1.** As amostras de hemocomponentes deverão ser entregues e retiradas pela **CONTRATANTE**, na sede da **CONTRATADA**, situada na Avenida Jandira, nº. 1.260 – Indianópolis, São Paulo/SP, no horário previsto e informado pela **CONTRATADA**;
- 3.5.** Observar de forma rigorosa o disposto nos regulamentos técnicos para procedimentos hemoterápicos, bem como toda a legislação vigente que regule a presente prestação de serviços; e
- 3.6.** Proceder com o pagamento dos serviços prestados em conformidade com o presente contrato.

### CLÁUSULA QUARTA – DO PREÇO, DO PAGAMENTO E DO FATURAMENTO

- 4.1.** Em razão dos serviços ora contratados, a **CONTRATANTE** efetuará o pagamento, conforme Tabela de Preços constantes do **ANEXO I**, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês vencido, por meio de depósito na conta corrente de titularidade da **CONTRATADA**, a ser discriminada no corpo da Nota Fiscal.
- 4.1.1.** Caso haja necessidade de devolução à **CONTRATANTE** dos hemocomponentes avaliados, o que deverá ocorrer mediante prévio aviso, será cobrado o valor adicional de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por unidade, para realização de alíquota em sistema fechado;
- 4.2.** Se o faturamento mensal dos serviços for inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), haverá cobrança adicional de R\$ 500,00 (quinhentos reais) para a emissão do Relatório previsto na Cláusula 2.1.1.
- 4.3.** O faturamento dos serviços prestados será realizado na primeira semana do mês subsequente à prestação dos serviços, mediante a emissão de Nota Fiscal/Fatura e relatório consubstanciado, onde deverão ser relacionados todos os serviços realizados no mês vencido.

### CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE

- 5.1.** O valor definido na Cláusula Quarta será reajustado, anualmente, pelo índice do IPC – FIPE/Saúde.
- 5.2.** O valor poderá, ainda, ser reajustado nas seguintes hipóteses:
- 5.2.1.** Ocorrer alteração no sistema monetário nacional, no índice de atualização ou aumento de custos, visando tão somente o perfeito equilíbrio econômico financeiro do contrato, mediante comum acordo entre as partes;
- 5.2.2.** Quando da ocorrência de fato, que resulte na alteração de custos de itens de mão de obra (dissídio coletivo anunciado pelo sindicato) e de materiais (notas fiscais e planilhas de custos) utilizados na prestação de serviços e da qual decorra comprovado desequilíbrio econômico-financeiro do presente contrato; e
- 5.2.3.** Na ocorrência das hipóteses acima previstas, o valor deverá ser estabelecido mediante prévio acordo entre as partes através de Termo Aditivo.

### CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

- 6.1.** O não pagamento da fatura pela **CONTRATANTE**, dentro do prazo estipulado, implicará na incidência da multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito, acrescido de correção monetária de acordo com a variação do IGPM, além de juros de 1% (um por cento) ao mês, *pro-rata temporis*.
- 6.1.1.** Ocorrendo atraso superior a 10 (dez) dias no pagamento da fatura, a **CONTRATADA**, a seu critério, poderá suspender a prestação dos serviços, até o efetivo pagamento do débito.

Fernando Lima  
Administrador  
COLSAN

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588  
[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)  
e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)



## HEMORREDE SP/SUS

**6.1.2.** Havendo necessidade de promover cobrança judicial ou extrajudicial do débito, a **CONTRATANTE** arcará com o pagamento dos honorários de advogado na base de 20% (vinte por cento) do débito atualizado, além das despesas judiciais.

### CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

**7.1.** O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de sua assinatura, podendo ser alterado e prorrogado mediante a celebração do competente termo aditivo, a ser assinado pelas partes.

### CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO E DA RESILIÇÃO

**8.1.** O presente contrato poderá ser resiliado por qualquer das partes mediante comunicação prévia à outra, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento, sem imposição de quaisquer multas ou indenizações.

**8.2.** O presente contrato poderá ser rescindido, além da vontade de quaisquer partes, nas seguintes hipóteses:

**8.2.1.** Por inadimplência após o 30º (trigésimo) dia de atraso de pagamento da fatura, a **CONTRATADA**, a seu critério, poderá rescindir o contrato;

**8.2.2.** Paralisação dos serviços sem justificativa e prévia comunicação entre as partes;

**8.2.3.** Se quaisquer das partes deixar de cumprir as cláusulas e condições deste contrato e não sanar tal falta no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento de notificação por escrito da outra parte. Neste caso caberá à parte a que der causa à rescisão o ressarcimento dos prejuízos comprovadamente causados;

**8.2.4.** Se quaisquer das partes entrar em insolvência, decretação de falência, cessação de atividades, liquidação judicial ou extrajudicial, pedido de recuperação extrajudicial e/ou judicial; e

**8.2.5.** No caso de força maior ou caso fortuito, regularmente comprovados, impeditivos da execução do presente contrato.

**8.3.** Ocorrida a rescisão ou a resilição, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelas despesas dos serviços prestados anteriormente pela **CONTRATADA** e não quitados.

### CLÁUSULA NONA – DAS NOTIFICAÇÕES

**9.1.** Todas as citações e notificações, judiciais ou extrajudiciais, referentes a este contrato deverão ser endereçadas aos representantes legais das partes, nos endereços indicados neste contrato, concordando as partes pela notificação via postal.

### CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**10.1.** É vedada a cessão ou transferência total ou parcial de quaisquer direitos ou obrigações inerentes ao presente contrato por quaisquer das partes sem prévia e expressa autorização da outra.

**10.2.** A **CONTRATADA** prestará os serviços objeto do presente, por meio de seus funcionários que não terão nenhum vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**, em nenhuma hipótese, ficando esta desde já eximida de qualquer reivindicação de caráter trabalhista e/ou previdenciário, seja solidária e subsidiariamente.

**10.3.** As partes obrigam-se a manter a confidencialidade das informações fornecidas ou obtidas junto à outra, sejam estas classificadas como “informações confidenciais” ou não, abrangendo inclusive informações cadastrais, comerciais ou outras obtidas por intermédio da presente contratação, que são de propriedade

Fernando Lima  
COLSAN

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588  
[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)  
e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)



## HEMORREDE SP/SUS

exclusiva de uma das partes, respondendo a parte infratora, quando houver violação ou divulgação das mesmas por perdas e danos, que serão apurados em processo próprio.

**10.4.** As partes não poderão utilizar-se do nome da outra, seus logotipos e marcas para fins promocionais em qualquer tipo de mídia, evento técnico ou em impressos e semelhantes, sem autorização prévia por escrito, sujeitando-se às penalidades impostas, sendo elas penais e/ou cíveis.

**10.5.** A tolerância ou transigência das partes no cumprimento das obrigações contratuais não constituirá novação, renúncia ou modificação do pactuado, ficando convencionado para todos os fins de direito, que o fato será de mera liberdade, renunciando as partes invocá-los em seu benefício.

**10.6.** Ficam revogados todos e quaisquer ajustes verbais ou escritos celebrados entre as partes, sobre a mesma matéria, consubstanciados ou não termos contratuais, anteriores ao início de vigência do presente instrumento.

**10.7.** É parte integrante deste contrato o Anexo I - Tabela de Preços.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DO FORO

**11.1.** Fica eleito o Foro da Capital do Estado de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, para dirimir as dúvidas ou controvérsias oriundas deste contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor e forma, perante as testemunhas.

São Paulo, 05 de janeiro de 2021.

#### CONTRATANTE

#### ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ

Dr. Urbano Bahamonde Manso Sra. Evanusa Dantas de Oliveira Silva  
Diretor Presidente Diretora 1ª Tesoureira

#### CONTRATADA

#### COLSAN - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE

Prof. Dr. Manoel João Batista Castello Girão  
Diretor Vice-Presidente

Testemunhas:

01. \_\_\_\_\_

Nome: Jesione dos Santos  
R.G.: 32767607-3

02. \_\_\_\_\_

Nome: Marina Rosalva T. Silva  
R.G.: 32.915.863-6

Ferraz de Lima  
Associação  
COLSAN

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588

[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)

e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)

## HEMORREDE SP/SUS

### ANEXO I - TABELA DE PREÇOS

| Qtd          | Hemocomponentes                     | Testes  | Custo Unit.       |
|--------------|-------------------------------------|---|-------------------|
| 1            | Concentrado de Hemácia              | Teste de hematócrito                          | R\$ 6,52          |
|              |                                     | Dosagem de hemoglobina                        | R\$ 17,08         |
|              |                                     | Dosagem de hemoglobina livre/grau de hemólise | R\$ 22,48         |
|              |                                     | Teste bacteriológico                          | R\$ 80,29         |
|              |                                     | Volume do hemocomponente                      | R\$ 1,02          |
| <b>Total</b> |                                     |   | <b>R\$ 127,39</b> |
| Qtd          | Hemocomponentes                     | Testes  | Custo Unit.       |
| 1            | Concentrado de Hemácia Filtrada     | Teste de hematócrito                          | R\$ 6,52          |
|              |                                     | Dosagem de hemoglobina                        | R\$ 17,08         |
|              |                                     | Dosagem de hemoglobina livre/grau de hemólise | R\$ 22,48         |
|              |                                     | Teste bacteriológico                          | R\$ 80,29         |
|              |                                     | Volume do hemocomponente                      | R\$ 1,02          |
|              |                                     | Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)      | R\$ 19,46         |
| <b>Total</b> |                                     |   | <b>R\$ 146,85</b> |
| Qtd          | Hemocomponentes                     | Testes  | Custo Unit.       |
| 1            | Concentrado de Plaquetas Randomicas | Contagem de plaquetas                         | R\$ 13,65         |
|              |                                     | Contagem de leucócitos                        | R\$ 13,65         |
|              |                                     | Teste bacteriológico                          | R\$ 80,29         |
|              |                                     | Teste de Ph                                   | R\$ 14,62         |
|              |                                     | Volume do hemocomponente                      | R\$ 1,02          |
| <b>Total</b> |                                     |   | <b>R\$ 123,23</b> |
| Qtd          | Hemocomponentes                     | Testes  | Custo Unit.       |
| 1            | Plasma Fresco Congelado             | Contagem de Hemácias                          | R\$ 12,19         |
|              |                                     | Volume do hemocomponente                      | R\$ 1,02          |
|              |                                     | Contagem de plaquetas                         | R\$ 13,65         |
|              |                                     | Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)      | R\$ 19,46         |
|              |                                     | Dosagem de fator VIII                         | R\$ 77,05         |
| <b>Total</b> |                                     |   | <b>R\$ 123,37</b> |
| Qtd          | Hemocomponentes                     | Testes  | Custo Unit.       |
| 1            | Plaquetas por aférese               | Contagem de plaquetas                         | R\$ 13,65         |
|              |                                     | Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)      | R\$ 19,46         |
|              |                                     | Teste bacteriológico                          | R\$ 80,29         |
|              |                                     | Teste de Ph                                   | R\$ 14,62         |
|              |                                     | Volume do hemocomponente                      | R\$ 1,02          |
| <b>Total</b> |                                     |   | <b>R\$ 129,04</b> |

*[Handwritten signature]* B

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588  
[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)

e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)



## HEMORREDE SP/SUS

| <i>Qtd</i>   | <i>Hemocomponentes</i>         | <i>Testes</i>                            | <i>Custo Unit.</i> |
|--------------|--------------------------------|--|--------------------|
| 1            | Plaquetas Randomicas Filtradas | Contagem de plaquetas                    | R\$ 13,65          |
|              |                                | Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos) | R\$ 19,46          |
|              |                                | Teste bacteriológico                     | R\$ 80,29          |
|              |                                | Teste de Ph                              | R\$ 14,62          |
|              |                                | Volume do hemocomponente                 | R\$ 1,02           |
| <b>Total</b> |                                |  | <b>R\$ 129,04</b>  |
| <i>Qtd</i>   | <i>Hemocomponentes</i>         | <i>Testes</i>                            | <i>Custo Unit.</i> |
| 1            | Crioprecipitado                | Dosagem de fibrogênio                    | R\$ 69,71          |
|              |                                | Volume do hemocomponente                 | R\$ 1,02           |
| <b>Total</b> |                                |  | <b>R\$ 70,73</b>   |

**Obs.** Nos termos da Cláusula 4.1.1, caso haja necessidade de devolução à **CONTRATANTE** dos hemocomponentes avaliados, o que deverá ocorrer mediante prévio aviso, será cobrado o valor adicional de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por unidade, para realização de alíquota em sistema fechado;

Firma da Titular  
C.C. COLSAN

Reconhecida de Utilidade Pública  
Estadual em 03.08.60 (Dec. 37057)  
Federal em 13.10.68 (Dec. 63471)  
Municipal em 31.12.68 (dec. 7878)



Fone: 11-5055-6588  
[www.colsan.org.br](http://www.colsan.org.br)

e-mail: [comunicação@colsan.org.br](mailto:comunicação@colsan.org.br)

**TERMO ADITIVO Nº 01/2023 AO  
CONTRATO Nº 01/2021 DE PRESTAÇÃO  
DE SERVIÇOS DE CONTROLE DE  
QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES.**

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a **ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ**, com sede na cidade do Guarujá - SP, na Rua Quinto Bertoldi, nº 40, Vila Maia, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 48.697.338/0001-70, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Urbano Bahamonde Manso, portador da cédula de identidade com R.G. nº 11.733.088 SSP/SP e inscrito no CPF/MF nº 044.889.298-77, e por sua Diretora 1ª Tesoureira, Sra. Evanusa Dantas de Oliveira Silva, portadora da cédula de identidade com RG nº 27.495.514-3 SSP/SP e inscrita no CPF/MF nº 159.004.048-11, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **COLSAN - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE**, associação civil sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de São Paulo - SP, na Avenida Jandira, nº 1.260 - Indianópolis, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.047.007/0001-53, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith, portador da cédula de identidade RG nº 2.860.290-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 236.147.228-72, doravante denominada **CONTRATADA**,

**RESOLVEM** as partes de comum acordo aditar o Contrato nº 01/2021, firmado em 05 de janeiro de 2021, a fim de reajustar o seu valor, substituindo o Anexo I - Tabela de Preços, conforme nova tabela anexa ao Presente Termo Aditivo, bem como alterar as condições de pagamento e o índice de reajuste e prorrogar sua vigência, passando o item 4.1 da Cláusula Quarta, o item 5.1 da Cláusula Quinta e a Cláusula Sétima a terem a redação abaixo definida, cujas alterações passaram a vigorar a partir de 05 de janeiro de 2023:

**“CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO, DO PAGAMENTO E DO FATURAMENTO**

**4.1.** Em razão dos serviços ora contratados, a **CONTRATANTE** efetuará o pagamento, conforme Tabela de Preços constantes do **ANEXO I**, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente ao mês vencido, mediante boleto bancário.

**4.1.1.** Caso haja necessidade de devolução à **CONTRATANTE** dos hemocomponentes avaliados, o que deverá ocorrer mediante prévio aviso, será cobrado o valor adicional de R\$ 37,86 (trinta e sete reais e oitenta e seis centavos) por unidade, para realização de alíquota em sistema fechado;”

**“CLÁUSULA QUINTA - DO REAJUSTE**

**5.1.** O valor definido na Cláusula Quarta será reajustado, anualmente, pelo índice do IPCA.”

## “CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

7.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 05/01/2023, podendo ser alterado e prorrogado mediante a celebração do competente termo aditivo, a ser assinado pelas partes.”

E naquilo que não foi alterado o contrato aditado por este instrumento, permanece ele em pleno vigor, integrando-lhe para todos os efeitos de direito o presente aditamento em 02 (duas) vias, firmado pelas partes e pelas testemunhas abaixo nomeadas.

São Paulo, 02 de fevereiro de 2023.



**CONTRATANTE**

**ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ**

Dr. Urbano Bahamonde Manso  
Diretor Presidente

Sra. Evanusa Dantas de Oliveira Silva  
Diretora 1ª Tesoureira



**CONTRATADA**

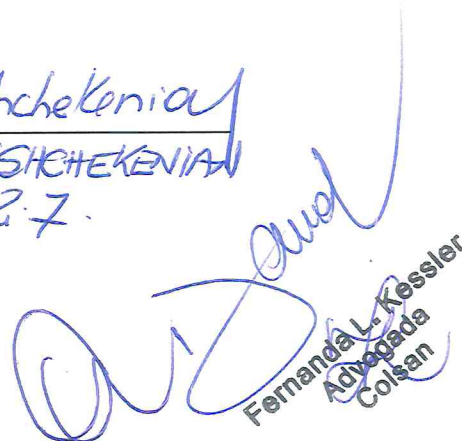
**COLSAN – ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE**

Prof. Dr. Ricardo Luiz Smith  
Diretor Presidente

### Testemunhas:

1. Luizone dos Santos  
Nome: Luizone dos Santos  
RG: 32764604-3

2. Walter Dishchekenia  
Nome: WALTER DISHCHEKENIA  
RG: 13.128.072.7



Fernanda L. Kessler  
Advogada  
Colsan



# HEMORREDE SP/SUS

## ANEXO I - TABELA DE PREÇOS

**Tabela 1 - Unidade de Concentrado de Hemácias**

| Testes  | Valor unitário    |
|---|-------------------|
| Teste de hematócrito                              | R\$ 7,47          |
| Dosagem de hemoglobina                            | R\$ 19,59         |
| Dosagem de hemoglobina livre/grau de hemólise     | R\$ 25,79         |
| Teste bacteriológico                              | R\$ 92,08         |
| Volume do hemocomponente                          | R\$ 1,17          |
| <b>Total - Unidade de Concentrado de Hemácias</b> | <b>R\$ 146,09</b> |

**Tabela 2 - Unidade de Concentrado de Hemácia Filtrada**

| Testes  | Valor unitário    |
|---|-------------------|
| Teste de hematócrito                                      | R\$ 7,47          |
| Dosagem de hemoglobina                                    | R\$ 19,59         |
| Dosagem de hemoglobina livre/grau de hemólise             | R\$ 25,79         |
| Teste bacteriológico                                      | R\$ 92,08         |
| Volume do hemocomponente                                  | R\$ 1,17          |
| Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)                  | R\$ 22,31         |
| <b>Total - Unidade de Concentrado de Hemácia Filtrada</b> | <b>R\$ 168,41</b> |

**Tabela 3 - Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas**

| Testes  | Valor unitário    |
|---|-------------------|
| Contagem de plaquetas   | R\$ 15,65         |
| Contagem de leucócitos  | R\$ 15,65         |
| Teste bacteriológico  | R\$ 92,08         |
| Teste de Ph   | R\$ 16,76         |
| Volume do hemocomponente                                      | R\$ 1,17          |
| <b>Total - Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas</b> | <b>R\$ 141,31</b> |

*[Handwritten Signature]*  
**Fernanda L. Kessler**  
 Advogada  
 ColSAN

**Tabela 4 - Unidade de Plasma Fresco Congelado**

| Testes  | Valor unitário    |
|---|-------------------|
| Contagem de Hemácias                              | R\$ 13,99         |
| Volume do hemocomponente                          | R\$ 1,17          |
| Contagem de plaquetas                             | R\$ 15,65         |
| Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)          | R\$ 22,31         |
| Dosagem de fator VIII                             | R\$ 88,37         |
| <b>Total - Unidade de Plasma Fresco Congelado</b> | <b>R\$ 141,48</b> |

**Tabela 5 - Unidade de Plaqueta por aférese**

| Testes   | Valor unitário    |
|--|-------------------|
| Contagem de plaquetas                          | R\$ 15,65         |
| Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)       | R\$ 22,31         |
| Teste bacteriológico                           | R\$ 92,08         |
| Teste de Ph                                    | R\$ 16,76         |
| Volume do hemocomponente                       | R\$ 1,17          |
| <b>Total - Unidade de Plaqueta por aférese</b> | <b>R\$ 147,97</b> |

**Tabela 6 - Unidade de Plaquetas Randômicas Filtradas**

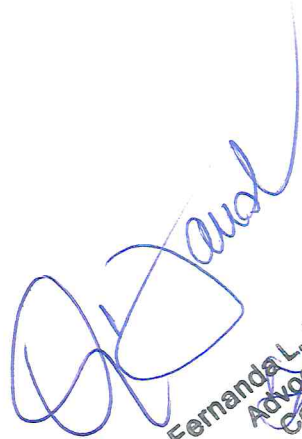
| Testes   | Valor unitário    |
|--|-------------------|
| Contagem de plaquetas                                    | R\$ 15,65         |
| Contagem de leucócitos (Leuco-Reduzidos)                 | R\$ 22,31         |
| Teste bacteriológico                                     | R\$ 92,08         |
| Teste de Ph  | R\$ 16,76         |
| Volume do hemocomponente                                 | R\$ 1,17          |
| <b>Total - Unidade de Plaquetas Randômicas Filtradas</b> | <b>R\$ 147,97</b> |

*[Handwritten signature]*  
**Fernanda L. Kessler**  
 Advogada  
 Colsan  
*[Handwritten initials]*

Tabela 7 - Unidade de Crioprecipitado

| Testes                                    | Valor unitário   |
|---|------------------|
| Dosagem de fibrogênio                     | R\$ 79,94        |
| Volume do hemocomponente                  | R\$ 1,17         |
| <b>Total - Unidade de Crioprecipitado</b> | <b>R\$ 81,11</b> |

**Observação:** Nos termos da Cláusula 4.1.1, caso haja necessidade de devolução à CONTRATANTE dos hemocomponentes avaliados, o que deverá ocorrer mediante aviso prévio, será cobrado o valor adicional de R\$ 37,86 (trinta e sete reais e oitenta e seis centavos) por unidade, para realização de alíquota em sistema fechado.

  
Fernanda L. Kessler  
Advogada  
COLSAN  
