

TERMO DE COMPROMISSO que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, neste ato representado pelo Dr. Luiz de Melo Amorim Filho, Diretor Geral do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO, com sede na Rua Frei Caneca, 8 – Centro – RJ – CEP: 20211-030, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 42.498.717/0010-46 e CNES nº 2295067, doravante denominado **Compromitente** e _____

(nome do Serviço de Saúde), com sede na _____

(endereço completo), inscrito (a) no CNPJ/MF sob o nº _____ e CNES nº _____, doravante denominada **Compromissária**, neste ato representado(a) por _____

(nome do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde ou Diretor(a) Geral do Serviço de Saúde).

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente instrumento é estabelecer as condições para a realização dos Testes de Ácido Nucléico (NAT): HIV / HCV / HBV e Malária em amostras de sangue de doadores de Serviço de Hemoterapia, pelo **Compromitente** à **Compromissária**.

Parágrafo Primeiro – CADASTRO

Para a realização dos testes acima mencionados no HEMORIO, a **Compromissária** deve ser entidade pública ou instituição privada conveniada ao Sistema Único de Saúde e estar cadastrada junto ao **Compromitente**.

- A. O cadastro é efetuado por meio da Ficha de Cadastro, Anexo I, que deve ser enviada ao **Compromitente** preenchida em sua totalidade, datada e assinada.
- B. O cadastro deve ser renovado anualmente e sempre que houver alterações cadastrais.
- C. Para o cadastro ou sua renovação, é necessário o envio de cópia da última Licença de Funcionamento do Serviço de Hemoterapia ou cópia do protocolo de solicitação de licença inicial e/ou de renovação de licença do ano vigente junto a Superintendência de Vigilância Sanitária/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES-RJ.

Parágrafo Segundo – CADASTRAMENTO DAS AMOSTRAS

- A. As amostras de sangue de doadores para realização dos Testes de Ácido Nucléico (NAT): HIV / HCV / HBV e Malária devem ser cadastradas no Sistema Informatizado da **Compromissária**.
- B. Imprimir do Sistema 02 (duas) vias da listagem das amostras cadastradas. A listagem deve estar corretamente preenchida e assinada pelo técnico responsável do Serviço da **Compromissária**.
- C. Caso seja Hemovida, utilizar o Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue, Anexo II.

Parágrafo Terceiro – ENVIO DE AMOSTRAS PARA A REALIZAÇÃO DOS TESTES DE ÁCIDO NUCLÉICO (NAT): HIV / HCV / HBV E MALÁRIA.

- A. As Normas para Encaminhamento de Amostras de Sangue de Doadores para Realização dos Testes de Ácido Nucléico (NAT): HIV / HCV / HBV e Malária, Anexo III devem ser seguidas pela **Compromissária**.

- B. O encaminhamento de amostras para a realização dos Testes de Ácido Nucleico (NAT): HIV / HCV / HBV e Malária no **Compromitente** deve ser realizado por funcionários autorizados da **Compromissária**, portando documento de identificação oficial (RG ou crachá institucional com foto).
- C. Utilizar embalagem tripla composta por:
- Recipiente primário (tubos de amostras de vidro ou de plástico),
 - Embalagem secundária, impermeável e à prova de vazamento com material resistente (Exemplo: sacos plásticos),
 - Embalagem terciária rígida, resistente, de tamanho adequado ao material biológico transportado, dotado de dispositivo de fechamento. Reutilizável quando for de materiais laváveis e resistentes a desinfetantes.
- D. Para transporte aéreo, a embalagem terciária deve obedecer às dimensões mínimas de 100 mm x 100 mm (Exemplo: caixa plástica (PVC), papelão, metal, tambores ou outros materiais rígidos).
- E. Não devem ser utilizadas como embalagens externas: poliestireno expandido (isopor), sacos plásticos e outros materiais sem rigidez, resistência e impermeabilidade apropriada.
- F. No caso de embalagem primária de material frágil (tubos de vidro), devem ser organizados em estantes ou similares.
- G. Para as amostras de sangue de doadores deve ser utilizado material absorvente (esponja, papel absorvente, algodão, tecidos e outros) de forma a absorver todo o conteúdo da embalagem primária no caso de extravasamento de material.
- H. Não afixar etiqueta de risco em caso de material biológico isento (bolsa de sangue total ou hemocomponentes liberados para fins de transfusão) conforme determina a Resolução RDC nº 504 de 27/05/2021, MS/ANVISA.
- I. As caixas devem conter a seguinte identificação: **“ESPÉCIME HUMANA DE RISCO MÍNIMO”**, conforme Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07/05/2014.
- J. As amostras devem ser entregues na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108) no andar térreo do **Compromitente** juntamente com as respectivas amostras devidamente rotuladas e identificadas, de segunda a sábado, das 8h às 18h.
- K. No ato de entrega das amostras, a **Compromissária** obriga-se a aguardar a conferência das amostras com a listagem das amostras de doadores de sangue e retornar com quaisquer amostras assinaladas como não conformes para realização do teste.
- L. O funcionário da Central de Amostras da Hemoterapia atesta recebimento em uma das vias da listagem, com nome legível, data, hora e registro de temperatura.
- M. Recomendamos que a **Compromissária** realize regularmente a conferência ao sistema GSM/NAT para verificar se há pendências de amostras.
- N. Disponibilizar treinamento periódico para a equipe de transporte, sobre biossegurança, condutas a serem tomadas durante o transporte de amostras e ações para correção de desvio na temperatura durante transporte.
- O. Lançar regularmente todos os resultados da triagem sorológica no Sistema Multicêntrico GSM/NAT.
- P. O transportador das amostras deve portar documentos fiscais que permitam a rastreabilidade da carga transportada. No caso de transporte aéreo deve ser providenciado também o CT-e (Conhecimento de Transporte Eletrônico) para

transporte doméstico, conforme definidos pela ANAC e adotados pela Resolução RDC nº 20 de 10/04/2014, MS/ANVISA.

- Q. Descartar adequadamente todo produto não utilizado para o fim destinado, conforme Resolução - RDC nº 222, de 28/03/2018, MS/ANVISA ou a que vier substituir.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

A **Compromissária** deve:

Parágrafo Primeiro – COMITÊ TRANSFUSIONAL

- A. Instituir um comitê transfusional multidisciplinar, do qual faça parte um representante do Serviço de Hemoterapia.
- B. Implementar um protocolo para controle das indicações, do uso e do descarte de sangue e hemocomponentes.

Parágrafo Segundo – ALTERAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Por ocasião de alteração/substituição do (a) médico(a) Responsável Técnico(a) a **Compromissária** deve informar imediatamente ao **Compromitente** por escrito os dados cadastrais e envio de cópia reprográfica do especialista em Hemoterapia ou Hematologia. No caso de outra especialidade, enviar cópia reprográfica do comprovante de qualificação por órgão competente devidamente reconhecido (título especialidade).

Parágrafo Terceiro – IMPOSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA

Comunicar ao **Compromitente** qualquer impossibilidade de atuação em Hemoterapia, durante a vigência deste **TERMO DE COMPROMISSO**. Neste caso, este será automaticamente rescindido e poderá ser renovado, mediante a apresentação da cópia da Licença de Funcionamento emitida pela Superintendência de Vigilância Sanitária/SVS/SES-RJ.

Parágrafo Quarto – PENALIDADE

A **Compromissária** é responsável por danos eventualmente causados ao **Compromitente** ou a terceiros, usuários, não excluía ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

O **Compromitente** deve:

- A. Distribuir mensalmente os tubos (PPT - Tubo Preparador de Plasma) com gel de poliéster para separação de plasma e fração celular do sangue total e anticoagulante EDTA K2, disponibilizado/fornecido por Biomanguinhos, devendo ser retirados no Almoxarifado (subsolo) do **Compromitente**, por meio de 02 (duas) vias do Formulário de Solicitação de Produtos ao Almoxarifado Fundarj/Hemorio, Anexo IV.
- B. Seguir o regulamento para testes para doenças transmissíveis pelo sangue em amostras de doadores de sangue exigidos pela Resolução - RDC nº 34/2014, MS/ANVISA, Resolução - RDC nº 75/2016, MS/ANVISA e Portaria de Consolidação MS/GM nº 05/2017.
- C. Realizar controle de qualidade interno e participar de Programa de Controle de Qualidade Externo.

- D. Disponibilizar, diariamente, à **Compromissária** os resultados dos exames efetuados, por meio do GSM/NAT.
- E. Em caso de não conformidades relativas à amostra, propor ações corretivas para este fim.
- F. Realizar Visita Técnica ao Serviço de Hemoterapia da **Compromissária**, sempre que necessário.

CLÁUSULA QUARTA – NORMAS E REGULAMENTOS EM HEMOTERAPIA VIGENTES

Fazer cumprir rigorosamente as Normas e Regulamentos em Hemoterapia vigentes listados abaixo e publicados posteriormente a emissão deste Termo:

- Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, Ministério da Saúde.
- Resolução - RDC nº 149, de 14 de agosto de 2001, MS/ANVISA.
- Resolução - RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, MS/ANVISA.
- Resolução SES nº 618 de 09 de maio de 2013.
- Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07 de maio de 2014.
- Resolução - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, MS/ANVISA.
- Resolução - RDC nº 75, de 02 de maio de 2016, MS/ANVISA.
- Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 28 de setembro de 2017.
- Resolução - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, MS/ANVISA.
- Resolução SES nº 1.822, de 19 de março de 2019.
- Resolução SES nº 1.878, de 05 de agosto de 2019.
- Resolução - RDC nº 504, de 27 de maio de 2021, MS/ANVISA.

CLÁUSULA QUINTA – ARQUIVAMENTO

- A. Todos os registros devem ter sua integridade garantida e permanecer arquivados pelo período mínimo de 20 (vinte) anos, de tal forma tal que sejam disponibilizados e recuperados sempre que necessário.
- B. Manter este **TERMO DE COMPROMISSO** arquivado por 5 (cinco) anos, após a vigência.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA E DOS ADITIVOS

O presente instrumento terá sua vigência a partir da data de sua assinatura até a data de **30 de abril de 2027**, podendo ser alterado por meio de Termo Aditivo, desde que não haja modificação do OBJETO.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

O presente **TERMO DE COMPROMISSO** poderá ser rescindido, de pleno direito, no caso de se infringir qualquer uma das cláusulas e condições nele estipuladas, podendo ainda ser denunciada por qualquer dos interessados, com a antecedência mínima de 20 (vinte) dias ou a qualquer tempo, diante da superveniência de impedimento legal que o torne formal ou materialmente inexecutável. No caso de rescisão, não haverá ônus nem direito a indenização para nenhuma das partes.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser discriminadas administrativamente, deverão ser julgadas no Foro da Comarca da Cidade do Rio de Janeiro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente **TERMO DE COMPROMISSO**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos e legais efeitos.

Rio de Janeiro, de de 2026.

Compromitente – Diretor Geral do HEMORIO
Dr. Luiz de Melo Amorim Filho
CRM 52.32217-3

Compromissária – Secretário(a) Municipal de Saúde ou Diretor(a) do Serviço de Saúde
ASSINATURA e Nº RG ou Nº CRM

Responsável Técnico(a) do Serviço de Hemoterapia
ASSINATURA e Nº CRM

Testemunhas:

1) _____	2) _____
Nome:	Nome:
RG/CPF:	RG/CPF:

ANEXO I
Ficha de Cadastro

FICHA DE CADASTRO	
I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
Nome da Instituição	
Razão Social	
CNPJ	
Endereço	
Bairro	
Município	
Natureza da Instituição	
() Pública () Municipal () Estadual () Federal	
Secretário(a) Municipal de Saúde ou Diretor(a) Geral	
E-mail	
Telefone	
	Ramal
Responsável Técnico do Serviço de	
Especialidade do Médico	
E-mail	
Responsável Técnico Substituto	
Especialidade do Médico	
E-mail	
Telefone do Serviço de Hemoterapia	
	Ramal
E-mail	
Informar conta de e-mail para recebimento dos resultados	
_____ dd/mm/aa	
_____ Assinatura Nº do CRM do(a) Responsável Técnico(a)	_____ Assinatura Nº do CRM ou RG do(a) Diretor(a) Geral / Secretário(a) Municipal de Saúde
ASSESSORIA HEMORREDE Rua Frei Caneca, 8 – 8º andar – Sala 811 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20.211-030 Tel.: 55 (21) 3916-8304 www.hemorrio.rj.gov.br E-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br	

ANEXO II
Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue

 GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO	 HEMORIO						
COMPROVANTE DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE DOADORES DE SANGUE							
Serviço de Hemoterapia (SH):							
Endereço do SH:							
Telefone do SH:	Data do Envio:						
Nº SH	Nº da Doação	Quantidade de Tubo	Data da Coleta	Nº SH	Nº da Doação	Quantidade de Tubo	Data da Coleta
1				11			
2				12			
3				14			
4				15			
5				16			
6				17			
7				18			
8				19			
9				20			
10				21			
OBSERVAÇÃO:							
Acondicionamento das amostras: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pelo acondicionamento: _____		Saída do Serviço de Hemoterapia: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pelo envio: _____		Chegada no Hemorio: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pelo recebimento: _____			
GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA CENTRAL DE AMOSTRAS DA HEMOTERAPIA Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030 Tel: 55 (21) 3916 8300 R: 2107 www.hemorio.rj.gov.br							

ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOTE PLUS

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

Seguem as orientações da Central de Amostras da Hemoterapia/HEMORIO:

1. O formulário de envio de amostras para o teste NAT e Sorologia deverá ser impresso do programa HEMOTE: Doação de Sangue → Consultas → Amostras para Exames → Por Arquivo.

2. Deverão ser enviadas 2 (duas) vias deste formulário preenchidas, assinadas e com carimbo do responsável pelo envio.

3. O formulário de envio de amostras impresso no sistema HEMOTE deverá **constar obrigatoriamente os horários e temperaturas de acondicionamento, de saída das amostras e assinatura do técnico** em cada etapa deverá ser preenchido de forma legível, sem rasuras (Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370/2014, Art. 42). Não deixar campos em branco.

4. Para cada doação deverão ser enviados:

A) Laboratório de Sorologia:

- Enviar 2 (dois) tubos com gel separador (tampa amarela) (*) com sangue coletado do doador. Sem manipulação inicial, estéreis, siliconizados, sem anticoagulantes e sem ativador de coágulo, próprios para coleta a vácuo, com volume de aspiração de 5 mL ou 6 mL, medindo 13x100 mm. Os 02 tubos devem ser centrifugados por 10 minutos a 3.500 rpm.
- As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras ISBT legível (**lida pelo leitor óptico**) e centralizadas.
- As amostras devem conter volume suficiente de soro para execução dos ensaios laboratoriais sorológicos e eventuais repetições, conforme necessidade técnica do laboratório.
- As amostras devem apresentar aspecto adequado, não sendo recomendadas amostras com hemólise acentuada, lipemia intensa, presença de coágulos ou outras alterações que possam interferir na análise.
- As amostras serão conferidas quanto à identificação, integridade e conformidade com os critérios de aceitação.
- As amostras devem ser enviadas no prazo máximo de **3 dias (72 horas)** após a coleta. Devido à metodologia utilizada para a realização do teste e as instruções do fabricante para processamento das amostras.
- As amostras cadastradas no sistema terão seus resultados liberados até às 23 horas do dia seguinte ao recebimento, salvo em situações de intercorrências técnicas ou necessidade de testes complementares.
- Enviar 1 (um) eppendorff – microtubo de 2ml contendo amostra de soro para guarda (reanálise), devidamente identificado, para guarda no Hemorio, destinado a eventuais repetições de exames, **sendo vedado o envio de plasma do tubo com EDTA.**

B) Laboratório NAT:

- Enviar 01 (um) tubo PPT (Tubo Preparador de Plasma) com gel de poliéster para separação de plasma e fração celular do sangue total e anticoagulante EDTA K2, capacidade para 8,5 mL (BD) ou 8 mL (Greiner) de sangue, com tampa na cor branca, medida 16x100mm, à vácuo e, **não deve ser aberto**. Este tubo será distribuído pelo HEMORIO (no Almoxarifado – Subsolo) para os Serviços de Hemoterapia do Estado do Rio de Janeiro e do Estado do Espírito Santo, código 17165.
- Os tubos devem ser homogeneizados após coleta.
- As amostras devem ser centrifugadas após a coleta, a **2200 G** (para calcular em RPM é necessário realizar a conversão descrita na Figura 1) **por 15 minutos e armazenadas sob refrigeração de 2° a 8°C**, o tempo máximo para realização do teste é de 120 horas (cinco dias). As amostras não devem ser congeladas.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOTE PLUS

NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE DOADORES DE SANGUE – 2026

Figura 1: Conversão de Força G para RPM de acordo com o raio da centrífuga

rcf (g)	Raio (cm)										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1000	2991	2852	2730	2623	2528	2442	2364	2294	2229	2170	2115
1100	3137	2991	2863	2751	2651	2561	2480	2406	2338	2276	2218
1200	3276	3124	2991	2873	2769	2675	2590	2513	2442	2377	2317
1300	3410	3251	3113	2991	2882	2784	2696	2615	2542	2474	2411
1400	3539	3374	3230	3104	2991	2889	2798	2714	2638	2567	2502
1500	3663	3492	3344	3213	3096	2991	2896	2809	2730	2657	2590
1600	3783	3607	3453	3318	3197	3089	2991	2901	2820	2744	2675
1700	3899	3718	3560	3420	3296	3184	3083	2991	2906	2829	2757
1800	4013	3826	3663	3519	3391	3276	3172	3077	2991	2911	2837
1900	4122	3931	3763	3616	3484	3366	3259	3162	3073	2991	2915
2000	4230	4033	3861	3710	3575	3453	3344	3244	3153	3068	2991
2100	4334	4132	3956	3801	3663	3539	3426	3324	3230	3144	3065
2200	4436	4230	4049	3891	3749	3622	3507	3402	3306	3218	3137
2300	4536	4325	4140	3978	3833	3703	3586	3479	3381	3291	3207
2400	4633	4418	4230	4064	3916	3783	3663	3554	3453	3361	3276
2500	4729	4509	4317	4147	3997	3861	3738	3627	3525	3431	3344
2600	4822	4598	4402	4230	4076	3937	3812	3699	3594	3499	3410
2700	4914	4686	4486	4310	4153	4013	3885	3769	3663	3565	3475
2800	5004	4772	4568	4389	4230	4086	3956	3838	3730	3631	3539
2900	5093	4856	4649	4467	4304	4158	4026	3906	3796	3695	3601

Fonte: Centrux Inovação e Qualidade. Informativo Digital_01_mai_2019.

- Caso as amostras sejam enviadas e/ou recebidas pelo Hemorio após 24h da centrifugação, o tubo deve ser centrifugado novamente pela unidade coletora.
 - As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras ISBT legível (lida pelo leitor óptico) e centralizadas. As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).
 - As amostras serão analisadas, conferidas no sistema GSM-NAT e incluídas na rotina. Caso não haja intercorrências, o primeiro resultado será liberado em até 24h após o recebimento. Em caso de pool positivo, pool/amostra com controle interno "Não OK", volume "Não OK", resultado reteste ou rotina inválida, a análise será realizada na rotina subsequente em até 24h.
 - É imprescindível que o serviço solicitante informe os resultados da triagem sorológica no Sistema Multicêntrico NAT (GSM-NAT) em até 12h após a liberação do resultado do teste NAT.
 - As análises de discrepância do NAT com resultados da sorologia são feitas com base nos dados informados no sistema.
 - É de responsabilidade do serviço solicitante informar casos de janela imunológica para que possa ser realizado o protocolo de confirmação.
 - Quando houver amostras a ser realizada em single, com suspeita de positividade para um dos agravos do NAT (HIV, HCV, HBV e Malária), sinalizar no tubo e ou na tampa da amostra de forma que a mesma seja destacada entre as demais enviadas.
 - Colocar no campo de observação do GSMNAT o motivo da sinalização das amostras acima; caso ocorra duplicidade de identificação no GSMNAT, escrever manualmente no formulário impresso o motivo da sinalização.
 - A conferência das amostras na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108) constará da verificação apenas do quantitativo de amostras existentes com as informadas na listagem gerada no GSM-NAT. A qualificação técnica das amostras será realizada pelo Laboratório NAT, sendo as divergências informadas no sistema.
5. Em caso de envio de amostras para exames de imuno-hematologia do doador (com termo de compromisso formalizado com o Hemorio): Enviar 2 (dois) tubos sem gel separador de 4ml de sangue com anticoagulante EDTA 3K.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOTE PLUS

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

6. Todos os tubos e microtubos devem estar identificados com a etiqueta de código de barras ISBT, legível (lida pelo leitor óptico) e centralizadas. As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).
7. Não serão aceitos tubos sem etiquetas com código de barras ISBT ou código divergentes entre os tubos e microtubos e/ou sem correspondência entre a identificação no tubo e o registro no sistema informatizado, não garantindo a rastreabilidade do doador e da amostra.
8. As amostras devem ser acondicionadas em estantes, considerando as normas vigentes para transporte de material biológico, incluindo embalagem secundária com dispositivo absorvente, e entregues de segunda a sábado, das 8h às 18h, na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108), no andar térreo.
9. O transporte das amostras deve ser feito em caixa térmica de poliuretano - recipiente higienizável, impermeável, isotérmico, com **termômetro** e com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter temperatura entre 2°C a 8°C.
10. Recipiente deve estar identificado com os dizeres "ESPÉCIME HUMANA DE RISCO MÍNIMO".
11. Não serão aceitos tubos quebrados, vazados.
12. Não serão aceitos tubos com quantidade de amostras inferiores ao solicitado pelos laboratórios testadores.
13. Não serão aceitas amostras lipêmicas, hemolisadas e/ou diluídas, que possam comprometer a confiabilidade dos testes laboratoriais.
14. O Laboratório de Sorologia poderá recusar e solicitar nova amostra, quando as condições da amostra não garantirem a confiabilidade da análise sorológica, conforme avaliação técnica.
15. Não serão aceitas amostras cujos números de doação não sejam os mesmos presentes no formulário de envio de amostras impresso no sistema HEMOTE.
16. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas dos respectivos microtubos e/ou este(s) não constar(em) no formulário de envio de amostras impresso no sistema HEMOTE.
17. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas do formulário de envio de amostras impresso no sistema HEMOTE.
18. Não serão aceitas amostras com o formulário de envio de amostras impresso no sistema HEMOTE ilegível e/ou rasurado, sem identificação do profissional (assinatura, cargo e nº do conselho profissional).
19. Qualquer modificação a ser feita na listagem de encaminhamento e/ou na identificação das amostras deverá ser realizada pelo serviço solicitante. O funcionário do Hemorio não está autorizado a fazer quaisquer modificações.
20. Qualquer intercorrência no transporte e/ou na identificação das amostras, contatar a Central de Amostras da Hemoterapia/Hemorio para autorização do recebimento pelo Tel.: 21 3916-8300 ramal: 2107.
21. Em caso de pendência de exame, após o prazo estipulado no **item 4 A**, encaminhar e-mail para mapa@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações e data da coleta.
22. Em caso de pendência de exame NAT ou informe de Janela Imunológica, enviar e-mail para nat@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações, data da coleta e número do lote do GSMNAT.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOVIDA

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

SISTEMA HEMOVIDA

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU
MOLECULAR DE DOADORES DE SANGUE – 2026**

Seguem as orientações da Central de Amostras da Hemoterapia/HEMORIO:

1. O Cabeçalho do Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue, deverá ser preenchido de forma legível, sem rasuras.
2. Na coluna "Nº da Doação" deverão ser afixadas as etiquetas de código de barras ISBT legível.
3. Na coluna "Quantidade de Tubos" deverá ser digitado o total de tubos a serem enviados:
 - 2 (dois) tubos com gel separador com capacidade para 6ml de sangue, sem anticoagulante para o Laboratório de Sorologia.
 - 1 (um) ~~eppendorf~~ – ~~microtubo~~ de 2ml contendo amostra de soro para guarda (reanálise) para o Laboratório de Sorologia.
 - 1 (um) tubo com gel separador com capacidade para 8,5ml de sangue com anticoagulante EDTA-K2 para o Laboratório NAT.
4. Na coluna "Data da Coleta" deverá ser digitada a data da realização da coleta.
5. O rodapé do formulário Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue deverá constar obrigatoriamente os horários e temperaturas de acondicionamento, de saída das amostras e assinatura do técnico em cada etapa deverá ser preenchido de forma legível, sem rasuras (Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370/2014, Art. 42). Não deixar campos em branco
6. Deverão ser enviadas 2 (duas) vias deste formulário preenchidas, assinadas e com carimbo do responsável pelo envio.
7. Para cada doação deverão ser enviados:
 - A) **Laboratório de Sorologia:**
 - Enviar 2 (dois) tubos com gel separador (tampa amarela) (*) com sangue coletado do doador. Sem manipulação inicial, estéreis, ~~siliconizados~~, sem anticoagulantes e sem ativador de coágulo, próprios para coleta a vácuo, com volume de aspiração de 5 mL ou 6 mL, medindo 13x100 mm. Os 02 tubos devem ser centrifugados por 10 minutos a 3.500 rpm.
 - As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras ISBT legível (~~lida pelo leitor óptico~~) e centralizadas.
 - As amostras devem conter volume suficiente de soro para execução dos ensaios laboratoriais sorológicos e eventuais repetições, conforme necessidade técnica do laboratório.
 - As amostras devem apresentar aspecto adequado, não sendo recomendadas amostras com hemólise acentuada, ~~lipemia~~ intensa, presença de coágulos ou outras alterações que possam interferir na análise.
 - As amostras serão conferidas quanto à identificação, integridade e conformidade com os critérios de aceitação.
 - As amostras devem ser enviadas no prazo máximo de 3 dias (72 horas) após a coleta. Devido à metodologia utilizada para a realização do teste e as instruções do fabricante para processamento das amostras.
 - As amostras cadastradas no sistema terão seus resultados liberados até às 23 horas do dia seguinte ao recebimento, salvo em situações de intercorrências técnicas ou necessidade de testes complementares.
 - Enviar 1 (um) ~~eppendorf~~ – ~~microtubo~~ de 2ml contendo amostra de soro para guarda (reanálise), devidamente identificado, para guarda no Hemorio, destinado a eventuais repetições de exames, **sendo vedado o envio de plasma do tubo com EDTA.**

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOVIDA

NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE DOADORES DE SANGUE – 2026

B) Laboratório NAT:

- Enviar 01 (um) tubo PPT (Tubo Preparador de Plasma) com gel de poliéster para separação de plasma e fração celular do sangue total e anticoagulante EDTA K2, capacidade para 8,5 mL (BD) ou 8 mL (Greiner) de sangue, com tampa na cor branca, medida 16x100mm, à vácuo e, **não deve ser aberto**. Este tubo será distribuído pelo HEMORIO (no Almoxarifado – Subsolo) para os Serviços de Hemoterapia do Estado do Rio de Janeiro e do Estado do Espírito Santo, código 17165.
- Os tubos devem ser homogeneizados após coleta.
- As amostras devem ser centrifugadas após a coleta, a **2200 G** (para calcular em RPM é necessário realizar a conversão descrita na Figura 1) **por 15 minutos e armazenadas sob refrigeração de 2° a 8°C**, o tempo máximo para realização do teste é de 120 horas (cinco dias). As amostras não devem ser congeladas.

Figura 1: Conversão de Força G para RPM de acordo com o raio da centrifuga

rcf (g)	Raio (cm)										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1000	2991	2852	2730	2623	2528	2442	2364	2294	2229	2170	2115
1100	3137	2991	2863	2751	2651	2561	2480	2406	2338	2276	2218
1200	3276	3124	2991	2873	2769	2675	2590	2513	2442	2377	2317
1300	3410	3251	3113	2991	2882	2784	2696	2615	2542	2474	2411
1400	3539	3374	3230	3104	2991	2889	2798	2714	2638	2567	2502
1500	3663	3492	3344	3213	3096	2991	2896	2809	2730	2657	2590
1600	3783	3607	3453	3318	3197	3089	2991	2901	2820	2744	2675
1700	3899	3718	3560	3420	3296	3184	3083	2991	2906	2829	2757
1800	4013	3826	3663	3519	3391	3276	3172	3077	2991	2911	2837
1900	4122	3931	3763	3616	3484	3366	3259	3162	3073	2991	2915
2000	4230	4033	3861	3710	3575	3453	3344	3244	3153	3068	2991
2100	4334	4132	3956	3801	3663	3539	3426	3324	3230	3144	3065
2200	4436	4230	4049	3891	3749	3622	3507	3402	3306	3218	3137
2300	4536	4325	4140	3978	3833	3703	3586	3479	3381	3291	3207
2400	4633	4418	4230	4064	3916	3783	3663	3554	3453	3361	3276
2500	4729	4509	4317	4147	3997	3861	3738	3627	3525	3431	3344
2600	4822	4598	4402	4230	4076	3937	3812	3699	3594	3499	3410
2700	4914	4686	4486	4310	4153	4013	3885	3769	3663	3565	3475
2800	5004	4772	4568	4389	4230	4086	3956	3838	3730	3631	3539
2900	5093	4856	4649	4467	4304	4158	4026	3906	3796	3695	3601

Fonte: Centruy Inovação e Qualidade. Informativo Digital_01_mai_2019.

- **Caso as amostras sejam enviadas e/ou recebidas pelo Hemorio após 24h da centrifugação, o tubo deve ser centrifugado novamente pela unidade coletora.**
- As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras ISBT legível (**lida pelo leitor óptico**) e centralizadas. As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).
- As amostras serão analisadas, conferidas no sistema GSM-NAT e incluídas na rotina. Caso não haja intercorrências, o primeiro resultado será liberado em até 24h após o recebimento. Em caso de pool positivo, pool/amostra com controle interno "Não OK", volume "Não OK", resultado reteste ou retida, a análise será liberada na rotina subsequente em até 24h.
- É imprescindível que o serviço solicitante informe os resultados da triagem sorológica no Sistema Multicêntrico NAT (GSM-NAT) em até 12h após a liberação do resultado do teste NAT.
- As análises de discrepância do NAT com resultados da sorologia são feitas com base nos dados informados no sistema.
- É de responsabilidade do serviço solicitante informar casos de janela imunológica para que possa ser realizado o protocolo de confirmação.
- Quando houver amostras a ser realizada em single, com suspeita de positividade para um dos agravos do NAT (HIV, HCV, HBV e Malária), sinalizar no tubo e ou na tampa da amostra de forma que a mesma seja destacada entre as demais enviadas.
- Colocar no campo de observação do GSMNAT o motivo da sinalização das amostras

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

SISTEMA HEMOVIDA

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

acima: caso ocorra duplicidade de identificação no GSMNAT, escrever manualmente no formulário impresso o motivo da sinalização.

- A conferência das amostras na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108) constará da verificação apenas do quantitativo de amostras existentes com as informadas na listagem gerada no GSM-NAT. A qualificação técnica das amostras será realizada pelo Laboratório NAT, sendo as divergências informadas no sistema.

8. Em caso de envio de amostras para exames de imuno-hematologia do doador (com termo de compromisso formalizado com o Hemorio): Enviar 2 (dois) tubos sem gel separador de 4ml de sangue com anticoagulante EDTA 3K.

9. **Todos os tubos e microtubos devem estar identificados com a etiqueta de código de barras ISBT, legível (lida pelo leitor óptico) e centralizadas.** As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).

10. Não serão aceitos tubos sem etiquetas com código de barras ISBT ou código divergentes entre os tubos e microtubos e/ou sem correspondência entre a identificação no tubo e o registro no sistema informatizado, não garantindo a rastreabilidade do doador e da amostra.

11. As amostras devem ser acondicionadas em estantes, considerando as normas vigentes para transporte de material biológico, incluindo embalagem secundária com dispositivo absorvente, e entregues de segunda a sábado, das 8h às 18h, na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108), no andar térreo.

12. O transporte das amostras deve ser feito em caixa térmica de poliuretano - recipiente higienizável, impermeável, isotérmico, **com termômetro** e com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter temperatura entre 2°C a 8°C.

13. Recipiente deve estar identificado com os dizeres "ESPÉCIME HUMANA DE RISCO MINIMO".

14. Não serão aceitos tubos quebrados, vazados.

15. Não serão aceitos tubos com quantidade de amostras inferiores ao solicitado pelos laboratórios testadores.

16. Não serão aceitas amostras lipêmicas, hemolisadas e/ou diluídas, que possam comprometer a confiabilidade dos testes laboratoriais.

17. O Laboratório de Sorologia poderá recusar e solicitar nova amostra, quando as condições da amostra não garantirem a confiabilidade da análise sorológica, conforme avaliação técnica.

18. Não serão aceitas amostras cujos números de doação não sejam os mesmos presentes no Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue.

19. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas dos respectivos microtubos e/ou este(s) não constar(em) no Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue.

20. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas do Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue.

21. Não serão aceitas amostras com o Comprovante de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue Externas ilegível e/ou rasurado, sem identificação do profissional (assinatura, cargo e nº do conselho profissional).

22. Qualquer modificação a ser feita na listagem de encaminhamento e/ou na identificação das amostras deverá ser realizada pelo serviço solicitante. O funcionário do Hemorio não está autorizado a fazer quaisquer modificações.

23. Qualquer intercorrência no transporte e/ou na identificação das amostras, contatar a Central de Amostras da Hemoterapia/Hemorio para autorização do recebimento pelo Tel.: 21 3916-8300 ramal: 2107.

24. Em caso de pendência de exame, após o prazo estipulado no **item 7 A**, encaminhar e-mail para mapa@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações e data da coleta.

25. Em caso de pendência de exame NAT ou informe de Janela Imunológica, enviar e-mail para nat@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações, data da coleta e número do lote do GSMNAT.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

PROGRAMA AMOSTRA EXTERNA

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

Seguem as orientações da Central de Amostras da Hemoterapia/HEMORIO:

1. As amostras devem ser cadastradas no Programa "Amostra Externa".
2. Na coluna "**Quantidade de Tubos**" deverá ser colocado o total de tubos a serem enviados:
 - 2 (dois) tubos com gel separador com capacidade para 6ml de sangue, sem anticoagulante para o Laboratório de Sorologia.
 - 1 (um) eppendorff – microtubo de 2ml contendo amostra de soro para guarda (reanálise) para o Laboratório de Sorologia.
 - 1 (um) tubo com gel separador com capacidade para 8,5ml de sangue com anticoagulante EDTA-K2 para o Laboratório NAT.
3. Após o cadastro será gerado o total de etiquetas referente ao número de tubos a serem enviados.
4. Para cada doação deverão ser enviados:
 - A) **Laboratório de Sorologia:**
 - Enviar 2 (dois) tubos com gel separador (tampa amarela) (*) com sangue coletado do doador. Sem manipulação inicial, estéreis, siliconizados, sem anticoagulantes e sem ativador de coágulo, próprios para coleta a vácuo, com volume de aspiração de 5 mL ou 6 mL, medindo 13x100 mm, para o Laboratório de Sorologia. Os 02 tubos devem ser centrifugados por 10 minutos a 3.500 rpm.
 - As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras ISBT legível (**lida pelo leitor óptico**) e centralizadas.
 - As amostras devem conter volume suficiente de soro para execução dos ensaios laboratoriais sorológicos e eventuais repetições, conforme necessidade técnica do laboratório.
 - As amostras devem apresentar aspecto adequado, não sendo recomendadas amostras com hemólise acentuada, lipemia intensa, presença de coágulos ou outras alterações que possam interferir na análise.
 - As amostras serão conferidas quanto à identificação, integridade e conformidade com os critérios de aceitação.
 - As amostras devem ser enviadas no prazo máximo de **3 dias (72 horas)** após a coleta. Devido à metodologia utilizada para a realização do teste e as instruções do fabricante para processamento das amostras.
 - As amostras cadastradas no sistema terão seus resultados liberados até às 23 horas do dia seguinte ao recebimento, salvo em situações de intercorrências técnicas ou necessidade de testes complementares.
 - Enviar 1 (um) eppendorff – microtubo de 2ml contendo amostra de soro para guarda (reanálise), devidamente identificado, para guarda no Hemorio, destinado a eventuais repetições de exames, **sendo vedado o envio de plasma do tubo com EDTA.**
 - B) **Laboratório NAT:**
 - Enviar 01 (um) tubo PPT (Tubo Preparador de Plasma) com gel de poliéster para separação de plasma e fração celular do sangue total e anticoagulante EDTA K2, capacidade para 8,5 mL (BD) ou 8 mL (Greiner) de sangue, com tampa na cor branca, medida 16x100mm, à vácuo e, **não deve ser aberto**. Este tubo será distribuído pelo HEMORIO (no Almoxarifado – Subsolo) para os Serviços de Hemoterapia do Estado do Rio de Janeiro e do Estado do Espírito Santo, código 17165.
 - Os tubos devem ser homogeneizados após coleta.
 - As amostras devem ser centrifugadas após a coleta, a **2200 G** (para calcular em RPM é necessário realizar a conversão descrita na Figura 1) **por 15 minutos e armazenadas sob refrigeração de 2º a 8ºC**, o tempo máximo para realização do teste é de 120 horas (cinco dias). As amostras não devem ser congeladas.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou Molecular de Doadores de Sangue - 2026

PROGRAMA AMOSTRA EXTERNA

NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE DOADORES DE SANGUE – 2026

Figura 1: Conversão de Força G para RPM de acordo com o raio da centrífuga

rcf (g)	Raio (cm)										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1000	2991	2852	2730	2623	2528	2442	2364	2294	2229	2170	2115
1100	3137	2991	2863	2751	2651	2561	2480	2406	2338	2276	2218
1200	3276	3124	2991	2873	2769	2675	2590	2513	2442	2377	2317
1300	3410	3251	3113	2991	2882	2784	2696	2615	2542	2474	2411
1400	3539	3374	3230	3104	2991	2889	2798	2714	2638	2567	2502
1500	3663	3492	3344	3213	3096	2991	2896	2809	2730	2657	2590
1600	3783	3607	3453	3318	3197	3089	2991	2901	2820	2744	2675
1700	3899	3718	3560	3420	3296	3184	3083	2991	2906	2829	2757
1800	4013	3826	3663	3519	3391	3276	3172	3077	2991	2911	2837
1900	4122	3931	3763	3616	3484	3366	3259	3162	3073	2991	2915
2000	4230	4033	3861	3710	3575	3453	3344	3244	3153	3068	2991
2100	4334	4132	3956	3801	3663	3539	3426	3324	3230	3144	3065
2200	4436	4230	4049	3891	3749	3622	3507	3402	3306	3218	3137
2300	4536	4325	4140	3978	3833	3703	3586	3479	3381	3291	3207
2400	4633	4418	4230	4064	3916	3783	3663	3554	3453	3361	3276
2500	4729	4509	4317	4147	3997	3861	3738	3627	3525	3431	3344
2600	4822	4598	4402	4230	4076	3937	3812	3699	3594	3499	3410
2700	4914	4686	4486	4310	4153	4013	3885	3769	3663	3565	3475
2800	5004	4772	4568	4389	4230	4086	3956	3838	3730	3631	3539
2900	5093	4856	4649	4467	4304	4158	4026	3906	3796	3695	3601

Fonte: ~~Centrux~~ Inovação e Qualidade. Informativo Digital_01_mai_2019.

- Caso as amostras sejam enviadas e/ou recebidas pelo Hemorio após 24h da centrifugação, o tubo deve ser centrifugado novamente pela unidade coletora.
 - As amostras devem estar identificadas com a etiqueta de código de barras legível (lida pelo leitor óptico) e centralizadas. As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).
 - As amostras serão analisadas, conferidas no sistema GSM-NAT e incluídas na rotina. Caso não haja intercorrências, o primeiro resultado será liberado em até 24h após o recebimento. Em caso de pool positivo, pool/amostra com controle interno "Não OK", volume "Não OK", resultado ~~reteste~~ ou rotina inválida, a análise será realizada na rotina subsequente em até 24h.
 - É imprescindível que o serviço solicitante informe os resultados da triagem sorológica no Sistema Multicêntrico NAT (GSM-NAT) em até 12h após a liberação do resultado do teste NAT.
 - As análises de discrepância do NAT com resultados da sorologia são feitas com base nos dados informados no sistema.
 - É de responsabilidade do serviço solicitante informar casos de janela imunológica para que possa ser realizado o protocolo de confirmação.
 - Quando houver amostras a ser realizada em single, com suspeita de positividade para um dos agravos do NAT (HIV, HCV, HBV e Malária), sinalizar no tubo e ou na tampa da amostra de forma que a mesma seja destacada entre as demais enviadas.
 - Colocar no campo de observação do GSMNAT o motivo da sinalização das amostras acima; caso ocorra duplicidade de identificação no GSMNAT, escrever manualmente no formulário impresso o motivo da sinalização.
 - A conferência das amostras na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108) constará da verificação apenas do quantitativo de amostras existentes com as informadas no Comprovante de Envio. A qualificação técnica das amostras será realizada pelo Laboratório NAT, sendo as divergências informadas no sistema.
5. Em caso de envio de amostras para exames de imuno-hematologia do doador (com termo de compromisso formalizado com o Hemorio): 2 (dois) tubos sem gel separador de 4ml de sangue com anticoagulante EDTA 3K.
6. ~~Todos os tubos e microtubos~~ devem estar identificados com a etiqueta de código de barras ISBT, legível (lida pelo leitor óptico) e centralizadas. As etiquetas devem ser afixadas verticalmente, abaixo da marcação do tubo (1cm abaixo da tampa).

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

Continuação do ANEXO III
Norma de Envio de Amostras para Triagem Sorológica e/ou Imunológica e/ou
Molecular de Doadores de Sangue - 2026

PROGRAMA AMOSTRA EXTERNA

**NORMA DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA TRIAGEM SOROLÓGICA E/OU IMUNOLÓGICA E/OU MOLECULAR DE
DOADORES DE SANGUE – 2026**

7. Não serão aceitos tubos sem etiquetas com código de barras ISBT ou código divergentes entre os tubos e microtubos e/ou sem correspondência entre a identificação no tubo e o registro no sistema informatizado, não garantindo a rastreabilidade do doador e da amostra.
8. Após a impressão das etiquetas será emitido o formulário Comprovante de Envio de Amostras Externas, o mesmo deverá ser impresso e enviado em 2 (duas) vias.
9. O rodapé do formulário **Comprovante de Envio de Amostras Externas**, deverão **constar obrigatoriamente os horários e temperaturas de acondicionamento, de saída das amostras e assinatura do técnico**, em cada etapa deverá ser preenchido de forma legível, sem rasuras (Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370/2014, Art. 42). Não deixar campos em branco.
10. As amostras devem ser acondicionadas em estantes, considerando as normas vigentes para transporte de material biológico, incluindo embalagem secundária com dispositivo absorvente, e entregues de segunda a sábado, das 8h às 18h, na Central de Amostras da Hemoterapia (sala 108), no andar térreo.
11. O transporte das amostras deve ser feito em caixa térmica de poliuretano - recipiente higienizável, impermeável, isotérmico, **com termômetro** e com gelo reciclável em quantidade suficiente para manter temperatura entre 2°C a 8°C.
12. Recipiente deve estar identificado com os dizeres "ESPÉCIME HUMANA DE RISCO MÍNIMO".
13. Não serão aceitos tubos quebrados, vazados.
14. Não serão aceitos tubos com quantidade de amostras inferiores ao solicitado pelos laboratórios testadores.
15. Não serão aceitas amostras lipêmicas, hemolisadas e/ou diluídas.
16. Não serão aceitas amostras cujos números de doação não sejam os mesmos presentes no Comprovante de Envio de Amostras Externas.
17. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas dos respectivos microtubos e/ou este(s) não constar(em) no Comprovante de Envio de Amostras Externas.
18. Não serão aceitas amostras que não vierem acompanhadas do Comprovante de Envio de Amostras Externas.
19. Não serão aceitas amostras com o Comprovante de Envio de Amostras Externas ilegível e/ou rasurado, sem identificação do profissional (assinatura, cargo e nº do conselho profissional).
20. Qualquer modificação a ser feita na listagem de encaminhamento e/ou na identificação das amostras deverá ser realizada pelo serviço solicitante. O funcionário do Hemório não está autorizado a fazer quaisquer modificações.
21. Qualquer intercorrência no transporte e/ou na identificação das amostras, contatar a Central de Amostras da Hemoterapia/Hemório para autorização do recebimento pelo Tel.: 21 3916-8300 ramal: 2107.
22. Em caso de pendência de exame, após o prazo estipulado no **item 4 A**, encaminhar e-mail para mapa@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações e data da coleta.
23. Em caso de pendência de exame NAT ou informe de Janela Imunológica, enviar e-mail para nat@hemorio.rj.gov.br com o número das respectivas doações, data da coleta e número do lote do GSMNAT.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
LABORATÓRIO NAT
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030
Tel.: 55 (21) 3916-8300 R. 2344
www.hemorio.rj.gov.br
E-mail: nat@hemorio.rj.gov.br

ANEXO IV
Formulário de Solicitação de Produtos ao Almoxarifado Fundarj/Hemorio

	GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR DE SIQUEIRA	 HEMORIO	 FUNDACÃO PRÓ-HEMORIO
Formulário de Solicitação de Produtos ao ALMOXARIFADO FUNDARJ/HEMORIO			
Área/Unidade	Procedimento de Referência	Código	Revisão
Nº do Formulário			
INFORMAÇÕES GERAIS			
Requisitante*	Data de solicitação*	Hora de recebimento de solicitação	
SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS			
(☒) Almoxarifado			
DETALHAMENTO DE SOLICITAÇÃO			
CÓDIGO	Descrição do Item	Solicitada*	Validada
17165	Tubo preparador de plasma com EDTAK2 8 mL/ 8,5 mL (caixa com 100 unidades)		
DETALHAMENTO DA LIBERAÇÃO			
Validade			
Dia	Mês	Ano	
RESPONSÁVEL PELA REQUISIÇÃO			
Nome completo*	Nome completo	Nome completo	
Matrícula*	Matrícula	Matrícula	
Data*	Data	Data	
Assinatura*	Assinatura	Assinatura	
* Campos de preenchimento obrigatório			