



LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE
INSTITUTO DE IMUNOGENÉTICA – IGEN
ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA - AFIP

Rua Loefgreen, 1235 - Vila Clementino - CEP 04040-031 - São Paulo, SP
Fone: +55 11 2101-7100 Fax: +55 11 5572-7669

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ANÁLISES LABORATORIAIS, FIRMADO ENTRE INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH – HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ E ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA (AFIP)

Por este instrumento particular e na melhor forma de Direito, de um lado,

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH – HOSPITAL E PRONTO SOCORRO DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ, instituição de direito privado, de fins assistenciais e de promoção da saúde, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 23.453.830/0022-02, com sede na Av. Torquato Tapajós, n.º 9250, Bairro Colônia Terra Nova, CEP 69.093-415 – Manaus/AM, neste ato representada pelo presidente o **SR. JOSÉ CARLOS RIZOLI**, RG: 3.148.647-2, CPF: 171.893.228-68 na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada **CONTRATANTE**.

E, de outro lado,

ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA (AFIP), inscrito no CNPJ sob nº. **47.673.793/0001-73** sediado na Rua Napoleão de Barros, 925, Vila Clementino–SP CEP 04024-002, neste ato representado pelo **DR. SÉRGIO TUFIK**, RG: **3.221.965**, CPF: **664.725.478-15**, doravante denominada **CONTRATADA**.

As empresas acima mencionadas, para fins deste instrumento, são coletivamente consideradas como **“PARTES”** e individualmente como **“PARTE”**.

CONSIDERANDO QUE:

- i) As **PARTES** entabularam em 03 de julho de 2023 um “Contrato de Prestação de Serviços” para o processamento de exames (**“CONTRATO”**), com prazo de vigência de 12 (doze) meses;
- ii) É de interesse das partes a continuidade da relação contratual.

As **PARTES** decidem, de comum acordo, firmar o presente Termo Aditivo ao **CONTRATO** (o **“ADITIVO”**), que será regido e interpretado em conformidade com os seguintes termos e cláusulas, a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PAGAMENTO

1. As **PARTES** resolvem pela manutenção da tabela de valor do serviço para a realização de exames de Histocompatibilidade, conforme anexo I do presente **ADITIVO**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E TÉRMINO DO CONTRATO

2. As **PARTES** resolvem pela renovação do **CONTRATO** pelo prazo de 12 meses a contar da data de vigência do presente **ADITIVO**, com início em 03 de julho de 2024 e término em 02 de julho de 2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS

3. Permanecem em inteiro vigor os termos e cláusulas do **CONTRATO** que não foram expressamente alteradas por meio deste **ADITIVO**.

E, por estarem ajustadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor, juntamente com duas testemunhas abaixo assinadas, para todos os fins e efeitos de direito.

São Paulo, 03 de julho de 2024.

CONTRATANTE:

Assinado por:

José Carlos Rizoli

CB50FE9BA4DE452

INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH

José Carlos Rizoli
Presidente

CONTRATADO:

DocuSigned by:

Sérgio Tufik

B4BAE643A5C149B

ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA

TESTEMUNHAS:

1.

Assinado por:

Fernanda Sifuentes Carvalho Mafra

4E916620FE314A7...

2.

Assinado por:

Thiago Rodrigues da Veiga

31DB0A3E8836405...

ANEXO I

Tabela de valores - Exames para transplantes de órgãos sólidos e medula		
DESCRIÇÃO	PRAZO DE ENTREGA (dias úteis) *	VALOR UNITÁRIO
Prova cruzada (crossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC)	3 d.u.	R\$ 468,00
Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC) contra linfócitos T	3 d.u.	R\$ 234,00
Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC) contra linfócitos B	3 d.u.	R\$ 234,00
Prova cruzada (crossmatch) por citometria de fluxo contra linfócitos T e B do doador	3 d.u.	R\$ 553,00
Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citometria de fluxo contra linfócitos T e B	3 d.u.	R\$ 553,00
Tipificação HLA-A, B, C, DRB1, DQB1, DPB1 (HLA Classe I e II) em alta resolução	10 d.u.	R\$ 1.350,00
Tipificação HLA-A baixa/média resolução	5 d.u.	R\$ 201,00
Tipificação HLA-B baixa/média resolução	5 d.u.	R\$ 201,00
Tipificação HLA-C baixa/média resolução	5 d.u.	R\$ 201,00
Tipificação HLA-DRB1 baixa/média resolução	5 d.u.	R\$ 201,00
Tipificação HLA-DRB3, B4, B5 média resolução	5 d.u.	R\$ 331,00
Tipificação HLA-DPB1 média resolução	5 d.u.	R\$ 331,00
Tipificação HLA-DQB1 média resolução (pacientes RIM / doença celíaca / MEDULA pedido média resolução)	5 d.u.	R\$ 255,00
Tipificação HLA-A, B, DR e DQ média resolução	5 d.u.	R\$ 550,00
Tipificação HLA-A, B, C e DR média resolução	5 d.u.	R\$ 550,00
Genotipagem de receptores KIR	5 d.u.	R\$ 450,00
Tipificação HLA-A alta resolução	10 d.u.	R\$ 479,00
Tipificação HLA-B alta resolução	10 d.u.	R\$ 479,00
Tipificação HLA-C alta resolução	10 d.u.	R\$ 479,00
Tipificação HLA-DRB1 alta resolução	10 d.u.	R\$ 479,00

Tipificação HLA-DPB1 alta resolução	10 d.u.	R\$ 479,00
Tipificação HLA-DQB1 alta resolução (MEDULA pedido alta resolução)	10 d.u.	R\$ 479,00
PRA I e II - Reatividade de anticorpos contra painel HLA classe I e classe II	5 d.u.	R\$ 800,00
Quantificação de Citomegalovírus (CMV) por PCR em tempo real	4 d.u.	R\$ 139,00
Quantificação de Vírus BK (BKV ou Polioma vírus) por PCR em tempo real	4 d.u.	R\$ 173,00
Avaliação de Quimerismo Pré-Transplante (materiais do R e do D antes do transplante)	10 d.u.	R\$ 550,00
Avaliação de Quimerismo Pré + Pós-Transplante (1ª entrada)	10 d.u.	R\$ 1.100,00
Avaliação de Quimerismo Pós-Transplante	10 d.u.	R\$ 550,00
Avaliação de Quimerismo Pré + Pós-Transplante (1ª entrada) - Análise de Subpopulações	10 d.u.	R\$ 1.500,00
Avaliação de Quimerismo Pós-Transplante - Análise de Subpopulações	10 d.u.	R\$ 1.000,00