



TERMO DE DOAÇÃO

Aracaju, 07 de janeiro de 2021

DOADOR: Elyson Ádan Nunes Carvalho, brasileiro, casado, professor do Magistério Superior, portador da cédula de identidade R.G. nº XXXXXXXXXXXXX e CPF nº XXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliado na Rua XXX;

DONATÁRIO: Hospital XXXXXXXXXXXX, CNPJ nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na Av. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, neste ato representado por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, brasileira, casada, fisioterapeuta, portadora da cédula de identidade R.G. nº XXXXXX, CPF nº XXXXXXXXXXXXX, residente e domiciliada na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Pelo presente instrumento particular de DOAÇÃO, fica justo e contratado o que segue:

Nº	Descrição do Item	Quantidade	Valor Total
1	Sistema SPIRANDI para uso em ventilação não-invasiva	X	R\$ 0,00
2	Válvula PEEP	X	R\$ 0,00
3	Fixador(es) encefálico(s)	X	R\$ 0,00
4	Filtro HEPA	X	R\$ 0,00

As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas no presente termo de doação, que as doações realizadas para serem utilizadas na referida unidade de saúde receptora.

São formalizadas espontaneamente, sem coação ou vício de consentimento, a título gratuito, por livre e espontânea vontade, sem representar qualquer vínculo entre as partes.



DECLARAÇÃO SOBRE O PRODUTO ENTREGUE

O Projeto SPIRANDI é uma iniciativa privada, não institucional, apolítica, apartidária, sem caráter comercial, formada por uma rede colaborativa de diversas pessoas que se voluntariaram para, mediante essa iniciativa, possam diminuir o impacto negativo da presente crise de saúde pública, zelando e promovendo meios de auxílio àqueles profissionais da saúde que de forma tão abnegada e conscienciosa colocam suas vidas em risco em prol de toda sociedade.

Você está recebendo um conjunto de máscaras SPIRANDI para as funções de fisioterapia respiratória CPAP, conforme o projeto desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Instrumentação Eletrônica da UFS. Destacamos que este projeto encontra-se em fase de avaliação. Os testes e avaliações preliminares nos fazem acreditar que a SPIRANDI pode-se tornar uma importante alternativa aos respiradores tradicionais na terapia respiratória de pacientes afetados pela Covid-19 em aplicações CPAP não-invasivas.

Sob critério das equipes médicas, a máscara permite que uma operação VNI possa ser realizada com um risco mais baixo de contaminação por aerossóis, uma vez que a máscara canaliza este fluxo através de um filtro HEPA ou HMEF.

Desta forma, reconhecendo os avanços até aqui obtidos e resultados promissores, como possível método alternativo aos respiradores e possivelmente seguro a pacientes e equipes de Saúde, porém dada a ausência de registro de aprovação na ANVISA, a equipe do Projeto SPIRANDI, recomenda que o hospital, caso decida por sua utilização em terapia respiratória, obtenha do paciente Termo de Consentimento assinado pelo mesmo ou responsável, além de Termo de Concordância e Responsabilidade do profissional de saúde que adote o tratamento com as máscaras SPIRANDI.

Uma vez que o sistema SPIRANDI ainda encontra-se sob avaliação, não é possível oferecer garantia, expressa ou implícita, de que qualquer dispositivo entregue por nós, fabricado ou montado será: seguro para uso; com qualidade comercializável; adequado para qualquer finalidade específica; eficaz na proteção dos indivíduos de contrair o Covid-19 ou qualquer outra doença ou vírus infeccioso durante o uso; ou que as pessoas que o utilizam não sofrerão ferimentos pessoais ou morte. O doador se isenta ainda da prestação de serviços de manutenção nos equipamentos doados, bem como não se responsabiliza da esterilização prévia ou posterior da máscara e de qualquer um de seus acessórios.

As máscaras foram montadas e inspecionadas conforme instruções específicas e em local adequado, devidamente preparadas pela equipe do Projeto SPIRANDI.

O Projeto SPIRANDI solicita ainda o envio (quinzenal) de informações sobre o uso e desempenho das máscaras pela instituição.

Para firmeza e como prova de assim justos e contratados, ambos assinam o instrumento de DOAÇÃO, conjuntamente com as testemunhas.



Doador

Nome: Elyson Ádan Nunes
Carvalho
CPF: XXXXXXXXXXXX
TEL.: XXXXXXXXXXXX
Email: XXXXXXXXXXXX

Donatário

Nome:
CPF:
TEL.:
Email:

Testemunha

Nome:
CPF:
TEL.:
Email:

Testemunha

Nome:
CPF:
TEL.:
Email: