

**ANEXO I**  
**FORMULÁRIO DE INTENÇÃO DE ADESÃO AO COAPES SMS-SP**

**1 – Informe os dados da Instituição de Ensino ( Matriz / Mantenedora )**

Nome:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço: Nº:

Bairro: CEP:

Município: Estado:

Email: Telefone:

**2 - A Instituição de Ensino possui diversos campus / filiais?**

( ) Não ( ) Sim - descrever

Nome: CNPJ:

Endereço: Nº:

Bairro: CEP:

Município: Estado:

Nome:

CNPJ:

Endereço: Nº:

Bairro: CEP:

Município: Estado:

Nome:

CNPJ:

Endereço: Nº:

Bairro: CEP:

Município: Estado:

**3 - Informe os cursos e/ou programas que utilizarão os campos de atuação:**

- 
- 
- 
- 
- 

**4 – Informe os dados do responsável pela Instituição de Ensino:**

Nome:

CPF:

Cargo/Função:

**5 – A Instituição de Ensino está ciente e se compromete a cumprir as diretrizes, objetivos e princípios estabelecidos na Portaria nº. 1688/2016 SMS.G referente ao COAPES SMS-SP.**

( ) Sim

Assinatura do Responsável Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO II A**

**PLANO DE ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE ESTAGIO / RESIDÊNCIA Nº \_\_\_\_\_/20\_\_**

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO:</b>										
<b>Processo:</b>							<b>Exercício:</b>			
Curso/ Programa	Nível*	Unidade	Data		Nº de estagiários residentes	Carga Horária Individual	Carga Horária Total	Supervisor / Preceptor	Nº Conselho	
			Início	Fim						
<b>TOTAIS</b>										
<b>* A – AUXILIAR / T – TÉCNICO / G – GRADUAÇÃO / P – PÓS GRADUAÇÃO / R - RESIDÊNCIA</b>										
					Assinatura:			Data:		
INSTITUIÇÃO DE ENSINO										
COMITE GESTOR REGIONAL _____										
COMITÊ GESTOR MUNICIPAL										

**ANEXO II B**

**PLANO DE ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE ESTAGIO / RESIDÊNCIA Nº \_\_\_\_/20\_\_**

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO:</b>					
<b>Processo:</b>			<b>Exercício:</b>		
Curso/ Programa	Nível*	Unidade	Setor	Disciplina	Descrição das Atividades **
<b>* A – AUXILIAR / T – TÉCNICO / G – GRADUAÇÃO / P – PÓS GRADUAÇÃO / R – RESIDÊNCIA</b> <b>** DESCREVER NO MÍNIMO 5 (CINCO) ATIVIDADES DESEMPENHADAS NO CAMPO DE ATUAÇÃO</b>					
			Assinatura:	Data:	
INSTITUIÇÃO DE ENSINO					
COMITE GESTOR REGIONAL _____					
COMITÊ GESTOR MUNICIPAL					

**ANEXO III A**  
**PLANO DE CONTRAPARTIDA Nº \_\_\_\_/20\_\_**

Instituição de Ensino										
Processo							Exercício			
Curso	Carga Total	Horária	Nº de alunos	Valor Contrapartida	Valor					
					Unidade Cedente (30%)	STS (20%)	CRS (20%)	SMS.G (15%)	EMS (15%)	
<b>TOTAL</b>										
<b>UNIDADE CEDENTE</b>										
Quant	Descrição	Justificativa		Valor Unitário	Valor Total	Empresa cotada	Local de entrega			
<b>SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE - STS</b>										
Quant	Descrição	Justificativa		Valor Unitário	Valor Total	Empresa cotada	Local de entrega			
<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - CRS</b>										
Quant	Descrição	Justificativa		Valor Unitário	Valor Total	Empresa cotada	Local de entrega			
<b>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - GABINETE</b>										
Quant	Descrição	Justificativa		Valor Unitário	Valor Total	Empresa cotada	Local de entrega			
<b>ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE - EMS</b>										
Quant	Descrição	Justificativa		Valor	Valor	Empresa cotada	Local de entrega			



**ANEXO III B**  
**(MINUTA) PLANO DE CONTRAPARTIDA Nº \_\_\_\_/20\_\_**

Instituição de Ensino:  
Comitê Gestor Regional:  
Processo: Exercício:

**1. Contrapartida destinada a:**

- ( ) Unidade Cedente ( ) Secretaria Municipal da Saúde  
( ) Supervisão Técnica de Saúde ( ) Escola Municipal da Saúde  
( ) Coordenadoria Regional de Saúde

**2. Justificativa**

**3. Objetivos Gerais**

**4. Objetivos Específicos**

**5. Descrição**

**6. Ações a serem desenvolvidas**

**7. Profissionais envolvidos**

Nome	Função	Formação	Instituição Vinculada

**8. Público Destinado**

Categoria	Nível	Formação	Número

**9. Competências/Atribuições da Cooperante**

**10. Competências/Atribuições da Cooperada**

**11. Cronograma**

Data	Ação

**12. Resultados Esperados**

**13. Monitoramento e Avaliação**

**14. Assinatura dos Responsáveis**

**Comitê Gestor Regional Instituição de Ensino**  
**Comitê Gestor Municipal**  
**ANEXO IV**

<b>TABELA DE VALORES REFERENCIAL PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE ESPAÇOS</b>		
<b>DESCRIÇÃO DOS ESPAÇOS</b>	<b>CAPACIDADE</b>	<b>VALOR PERÍODO*</b>
SALA DE AULA	ATÉ 40 PESSOAS	R\$ 350,00
SALA DE AULA	ATÉ 60 PESSOAS	R\$ 450,00
SALA DE AULA (C/ MULTIMIDIA)**	ATÉ 40 PESSOAS	R\$ 450,00
SALA DE AULA (C/ MULTIMIDIA)**	ATÉ 60 PESSOAS	R\$ 600,00
SALA DE LABORATÓRIO DE INFORMÁTICA (C/ MULTIMIDIA)**	ATÉ 20 PESSOAS	R\$ 1.000,00
SALA DE LABORATÓRIO DE INFORMÁTICA (C/ MULTIMIDIA)**	DE 21 A 40 PESSOAS	R\$ 1.100,00

SALA DE LABORATÓRIO DE INFORMÁTICA (C/ MULTIMÍDIA)**	DE 41 A 60 PESSOAS	R\$ 1.300,00
AUDITÓRIO	ATÉ 100 PESSOAS	R\$ 1.250,00
AUDITÓRIO	ATÉ 200 PESSOAS	R\$ 1.650,00
AUDITÓRIO	ATÉ 300 PESSOAS	R\$ 5.100,00
AUDITÓRIO (C/ MULTIMÍDIA)**	ATÉ 100 PESSOAS	R\$ 1.200,00
AUDITÓRIO (C/ MULTIMÍDIA)**	DE 101 A 250 PESSOAS	R\$ 2.200,00
AUDITÓRIO (C/ MULTIMÍDIA)**	DE 251 A 350 PESSOAS	R\$ 3.850,00
AUDITÓRIO (C/ MULTIMÍDIA)**	DE 351 A 500 PESSOAS	R\$ 5.800,00
AUDITÓRIO (C/ MULTIMÍDIA)**	DE 500 A 800 PESSOAS	R\$ 6.000,00

**Legenda:**

(\*) O Período refere-se à duração da utilização dos espaços, sendo definido o tempo de cinco horas como padrão, podendo ser das 7:00h às 12:00h – Manhã e/ou das 12:00h às 17:00h – Tarde.

(\*\*) Multimídia é compreendido como a disponibilização de microfone, computador, acesso a internet e aparelhos de som e projeção ao docente ou palestrante indicado pela SMS / SEM.

**ANEXO V**

**(MINUTA) TERMO DE APOSTILAMENTO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_ AO  
PLANO DE CONTRAPARTIDA Nº \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**PROCESSO Nº:**

**INSTITUIÇÃO:**

**COMITÊ GESTOR REGIONAL:**

**EXERCÍCIO:** 20\_\_\_\_

Termo de Apostilamento da Repactuação do Plano de Contrapartida anexo ao COAPES SMS/SP, celebrado entre a Secretaria Municipal da Saúde, e a Instituição \_\_\_\_\_, com base no parágrafo 1º, do art. 25º, da Portaria nº 1688/2016 SMS.G, fica alterada o item pactuado em contrapartida, substituindo o \_\_\_\_\_ (descrever item, quantidade e valor) pela cessão de espaço para \_\_\_\_\_ (descrever o evento, data(s) e valor), com efeito aplicável a partir da sua publicação.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**COMITÊ GESTOR REGIONAL**

## ANEXO VI

### (MINUTA)TERMO DE CESSÃO DE ESPAÇO FÍSICO

**CESSIONÁRIA:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / ESCOLA MUNICIPAL DA SAÚDE

**CNPJ:**

**CEDENTE:**

**CNPJ:**

**COMITÊ GESTOR REGIONAL:**

**VALOR REFERENCIAL:** r\$

Pelo presente instrumento particular, a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.392.148/0001-10 representada pela **ESCOLA MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua Gomes de Carvalho, nº 250, Vila Olímpia - CEP 04547-001, São Paulo/SP, doravante denominada **CESSIONÁRIA**, vem, por intermédio do presente termo, aderir às condições para a cessão de espaço físico, a título oneroso a ser descontado no valor pactuado por contrapartida pela cessão de campos de estágios nas unidades de saúde / hospitalares, a ser disponibilizado pela Instituição de Ensino \_\_\_\_\_, com sede na rua/avenida/prça: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_, representada neste ato na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada **CEDENTE**, pelas cláusulas e condições abaixo descritas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO**

**1.1.** O presente termo tem por escopo a cessão pela **CEDENTE** na unidade: (descrever campus e endereço) \_\_\_\_\_ para do evento exposto no quadro a seguir:

NOME DO SOLICITANTE:	
NOME DO EVENTO:	
Nº DE PARTICIPANTES:	
DESCRIÇÃO DO ESPAÇO:	
VALOR REFERENCIAL:	

**1.2.** O Evento será realizado no período \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**1.3.** Acordam as partes que a **CEDENTE** disponibilizará apenas, e tão somente, o espaço físico discriminado nesta cláusula, assim como quando solicitado **EQUIPAMENTO MULTIMÍDIA**, que é compreendido como a disponibilização de microfone, computador, acesso a internet e aparelhos de som e projeção ao docente ou palestrante indicado pela SMS / SEM, sendo certo que todas as demais providências atinentes ao Evento, tais como: (i) composição do quadro de pessoal responsável pela apresentação/instrução/direção e realização do Evento; (ii) material didático e (iii) quaisquer outros encargos decorrentes do objeto deste termo, ficarão a cargo exclusivo da **CESSIONÁRIA**.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES DA CEDENTE**

**2.1.** Ceder o espaço físico para a realização do Evento, em perfeitas condições de utilização e segurança nos termos do solicitado.

**2.2.** Disponibilizar instalações sanitárias e bebedouros proporcionais ao número de participantes do evento.

**2.3.** Providenciar a higienização do espaço após sua utilização.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CESSIONÁRIA**

**3.1.** Coordenar totalmente a entrada dos colaboradores com mão-de-obra própria ou contratada, identificando e orientando os colaboradores no acesso para o respectivo espaço;

**3.2** Garantir a perfeita ordem do evento comunicando, caso necessário, aos órgãos públicos, tais como: Corpo de Bombeiros, SPTrans, CET, Polícia Militar e outros sobre a realização do evento;

**3.3.** Não permitir a circulação dos colaboradores do evento nas dependências da **CEDENTE**, que não a estipulada pelo item 1.1. da Cláusula Primeira;

**3.4.** Declarar-se perfeitamente ciente das normas de funcionamento do espaço, e comprometer-se a cumprir e cuidar para que todos os envolvidos no Evento cumpram as determinações pactuadas;



**3.5.** Providenciar todos os recursos necessários com vistas a afastar qualquer contratempo ou infortúnio capazes de prejudicar as instalações da **CEDENTE**, bem como seus empregados e alunos.

**3.6.** A **CESSIONÁRIA** se responsabilizará por todos os ônus decorrentes do objeto deste termo, inclusive os relativos aos seus empregados.

**3.7.** Providenciar os componentes do quadro de mão-de-obra, que serão alocados para o Evento, sendo vedada a participação de empregados e estagiários da **CEDENTE**.

**3.8.** Responsabilizar-se exclusivamente e civilmente por quaisquer acidentes que venham a ocorrer durante a cessão do espaço físico envolvendo pessoas e bens.

#### **CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA e RESCISÃO**

**4.1.** O presente instrumento encerra-se com a realização do Evento, extinguindo-se automaticamente quando do completo cumprimento pelas partes de suas obrigações aqui descritas.

#### **CLÁUSULA QUINTA - GARANTIAS E ENCARGOS**

**5.1.** Todos e quaisquer encargos de ordem fiscal, social, trabalhista ou previdenciário que sejam devidos em decorrência direta ou indireta da execução deste Contrato, serão de responsabilidade exclusiva da **CESSIONÁRIA**, conforme definido na legislação, sem qualquer reembolso por parte da **CEDENTE**.

#### **CLÁUSULA SEXTA - CONDIÇÕES GERAIS**

**6.1.** A tolerância de quaisquer das Partes em relação a eventuais infrações contratuais da outra, não importará em modificação, novação ou renúncia a direito.

**6.2.** Este Contrato vinculará as Partes e seus respectivos sucessores e cessionários permitidos.

**6.3.** Este Contrato anula e cancela, tornando sem efeito, qualquer outro instrumento contratual que tenha sido firmado anteriormente, desde que o evento ocorra na mesma data e horário estipulado.

**6.4.** A realização do Evento não poderá prejudicar as atividades e tão pouco o funcionamento das instalações da **CEDENTE**.

**6.5.** A **CEDENTE** não se responsabilizará por qualquer preparação que seja necessária à realização do Evento.

**6.6.** A **CESSIONÁRIA** não poderá realizar quaisquer adequações no espaço físico cedido sem aprovação prévia da **CEDENTE**.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS**

**7.1.** As partes, de comum acordo, elegem o Foro Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo como o único competente para dirimir eventual conflito oriundo do presente Contrato.

Assim ajustadas, assinam o presente Instrumento, em 03 (três) vias, de igual forma e teor, para um só efeito jurídico, na presença de 2 (duas) testemunhas.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**SMS / ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE INSTITUIÇÃO DE ENSINO  
CESSIONÁRIA CEDENTE**

**TESTEMUNHAS:**

Nome: Nome:

RG Nº RG Nº

**TABELA - A**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

PROCESSO:

CURSO / EVENTO:

DATA	DESCRIÇÃO DO ESPAÇO UTILIZADO	QUANT	PERÍODO	VALOR UNT	VALOR TOTAL

<b>TOTAL</b>					R\$ -

**TABELA - B**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

PROCESSO:

CURSO / EVENTO:

COMITÊ GESTOR REGIONAL	VALOR
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ -</b>

**ANEXO VII**

**(MODELO) CARTA DE DOAÇÃO**

Ao

**Comitê Gestor Regional**

A \_\_\_\_\_ (Instituição de Ensino), inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_ (endereço completo), através do seu representante legal \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, entrega a título de contrapartida conforme o COAPES SMS/SP constante no Processo nº. \_\_\_\_\_, sem qualquer ônus para os cofres públicos, o(s) item(s) abaixo:

Qtde.	Descrição do Bem	Nota Fiscal	Valor Total do Bem

São Paulo, dia, mês e ano.

(Nome do Diretor e assinatura)

**ANEXO VIII**

**(MODELO) DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE CONTRAPARTIDA**

O **COMITÊ GESTOR REGIONAL** \_\_\_\_\_ declara que a Instituição \_\_\_\_\_ no exercício de \_\_\_\_\_ cumpriu no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) da contrapartida prevista no Plano de Contrapartida nº \_\_\_\_\_ anexo ao COAPES constante no Processo SEI nº \_\_\_\_\_, que durante este período não ocorreu nada que a desabone, sendo favorável a concessão de novos campos para o exercício seguinte.

Comitê Gestor Regional do COAPES SMS-SP

**ANEXO IX**

**AVALIAÇÃO GERAL DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO**

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO:</b>			
<b>PROCESSO:</b>		<b>EXERCÍCIO:</b>	
<b>COMITÊ GESTOR REGIONAL DO COAPES SMS-SP:</b>			
<b>INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO:</b> Os pontos devem ser considerados 5 para Ótimo, 3 para Bom e 2 para Regular. A somatória "TOTAL" dos pontos seguirá a seguinte classificação: 12 a 15 pontos – Regular 16 a 23 pontos – Bom 24 a 30 pontos – Ótimo			
<b>ITEM</b>	<b>OTIMO</b>	<b>BOM</b>	<b>REGULAR</b>
As atividades foram desempenhadas conforme proposto no plano de estágio ( <b>média da avaliação dos alunos</b> ) <b>Nº DE AVALIAÇÕES:</b> _____			
A unidade saúde / hospitalar ofereceu a estrutura adequada para execução das atividades propostas nos planos de estágios ( <b>média da avaliação dos supervisores</b> ) <b>Nº DE AVALIAÇÕES:</b> _____			
A IE desenvolveu o estágio considerando as diretrizes da unidade saúde / hospitalar ( <b>média da avaliação das unidades</b> ) <b>Nº DE AVALIAÇÕES:</b> _____			
<b>1.4</b> Regularidade da documentação prevista na Portaria			
<b>1.5</b> Cumprimento adequado da contrapartida			
<b>1.6</b> Cumprimento adequado as demandas requeridas pela unidade que administra os estágios			
<b>TOTAL</b>			
Observação:			
<b>ASSINATURA:</b>		<b>DATA:</b>	
<b>COORDENADOR DA UNIDADE QUE ADMINISTRA OS ESTÁGIOS</b>			

## ANEXO X

### (MINUTA) TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

**PROCESSO Nº:**  
**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:**  
**NOME ALUNO:**  
**CPF Nº:**  
**UNIDADE:**

Nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 e do Termo de Atividades de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (TAIESC) nº **000/20\_\_** o aluno/estagiário celebra o presente Termo de Compromisso de Estágio de complementação educacional, não remunerado, sem vínculo empregatício, a ser regido de acordo com as cláusulas e condições seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente instrumento está vinculado diretamente ao TAIESC neste está estabelecida a conduta do aluno/estagiário durante sua permanência no campo do Estágio Obrigatório.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA E MONITORAMENTO**

I - O estágio terá a duração de \_\_ dias/meses, com início em \_\_/\_\_/\_\_ e término em \_\_/\_\_/\_\_, no horário das \_\_:\_\_ às \_\_:\_\_ podendo ser eventualmente prorrogado, modificado, suspenso ou cancelado por iniciativa de uma das partes, mediante aviso escrito apresentado com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

II - A Instituição de Ensino - IE se responsabilizará pela cobertura de seguro de vida e de acidentes pessoais em favor do aluno/estagiário, através da Apólice nº \_\_\_\_\_, Seguradora \_\_\_\_\_.

III - A Unidade \_\_\_\_\_ designa como Supervisor da área do estágio nesta Unidade o/a Sr(a) \_\_\_\_\_ e a IE designa como Supervisor do Estágio o/a Sr(a) \_\_\_\_\_ competindo-lhes elaborar e/ou supervisionar o cronograma de acordo com a programação da Unidade e as normas da IE.

IV - Constituem motivos para a **cessação automática** da vigência deste TERMO DE COMPROMISSO:

- a – A conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- b – O não cumprimento do aluno/estagiário e IE de quaisquer cláusulas;
- c – O não cumprimento, pelo Estagiário, das normas e dos regulamentos internos da SMS.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO ESTAGIÁRIO**

I – Cumprir a programação estabelecida observando as normas e regulamentos internos da Unidade, assim como a norma de Biossegurança apresentando-se adequadamente uniformizado e portando crachá de identificação da IE;

II – Informar de imediato e por escrito à Unidade, qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula junto à IE;

III – Ao término do estágio realizar avaliação no portal da SMS.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

I - Exigir do estagiário a apresentação periódica de relatório de atividades, no prazo não superior a seis meses.

II - Elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios;

III - Comunicar a parte cedente, o início do período letivo, as datas de realização de avaliação escolar;

IV - Realizar Avaliação de Estágios Obrigatórios no portal da SMS;

V - Disponibilizar equipamentos e outros materiais de Proteção Individual, a ser utilizada pelos alunos;

VI- Zelar pelo cumprimento deste Termo.

#### **CLAUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA UNIDADE**

I - Ofertar instalações aptas a propiciar atividades de aprendizagem, conforme ajustado no TCDC/TA;

II – Conceder todas as informações que proporcionem a adequada realização dos estágios;

III – Apresentar Relatório Anual Consolidado de Estágios Obrigatórios.

E por estarem de inteiro e comum acordo com as condições deste TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO, os compromissários firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor, cabendo uma cópia a cada parte.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

UNIDADE DA SMS/SP INSTITUIÇÃO DE ENSINO  
RESPONSÁVEL DA ÁREA DE ESTÁGIOS COORDENADOR(A) DE ESTÁGIOS

ASSINATURA DO ESTAGIÁRIO