



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

**TERMO DE CONVÊNIO**

**Convênio n.º:** 001672/2022

**Processo n.º:** SES-PRC-2022-01735-DM

Convênio que entre si celebram o Estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Estado da Saúde e a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE - COLSAN**, visando o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde prestados aos usuários do SUS na região, com o aporte de recursos financeiros.

Pelo presente instrumento o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representada pelo seu Secretário, Jeancarlo Gorinchteyn, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º 17.321.176, CPF n.º 111.746.368-07, doravante denominado CONVENIENTE, e do outro lado a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE - COLSAN**, C.N.P.J. n.º 61.047.007/0001-53, com endereço a Avenida Jandira, Avenida Jandira - Indianópolis, neste ato representado por seu DIRETOR PRESIDENTE, RICARDO LUIZ SMITH, portador do RG. n.º 2.860.290-0, CPF. n.º 236.147.228-72, doravante denominada CONVENIADA, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, na Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.º 8080/90 e 8142/90, Lei Federal n.º 8.666/1993, Decreto Estadual n.º 66.173/2021, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, nos termos e condições estabelecidas nas cláusulas seguinte:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente convênio tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO - folha de pagamento, material de consumo e prestação de serviço para implantação e Gerenciamento do Serviço de Atendimento Técnico Hospitalar em Hemoterapia no Hospital Guilherme Álvaro - Santos, conforme Plano de Trabalho anexo, que integra o presente.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – O plano de trabalho poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante Termo Aditivo, respeitada a legislação vigente e após proposta previamente justificada e parecer técnico favorável do órgão competente e ratificado pelo Titular da Secretaria, vedada alteração do objeto.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIENTE**

São atribuições da Conveniente:

- I- acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados, com a indicação de gestor no âmbito da Unidade, qual seja, a Sra. CARLA RODRIGUES GATTO, Chefe de Saúde II, GISELE BECK, Oficial de Saúde lotados no Hospital Guilherme Álvaro - Santos.
- II - repassar os recursos financeiros previstos para a execução do objeto do convênio, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto;
- III - publicar, no Diário Oficial do Estado, extrato deste termo e de seus aditivos, contendo, pelo menos, o nome do gestor do convênio e do signatário representante da Conveniada;
- IV - emitir mensalmente relatório técnico de monitoramento de avaliação do convênio;
- V - analisar os relatórios financeiros e de resultados;
- VI - analisar as prestações de contas encaminhadas pela CONVENIADA de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis.



SESTER2022012687DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

VII - divulgar pela internet os meios para apresentação de denúncia sobre a aplicação irregular dos recursos transferidos.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES DA CONVENIADA**

São atribuições da CONVENIADA:

I - manter as condições técnicas necessárias ao bom atendimento dos usuários do SUS/SP com zelo pela qualidade das ações e serviços oferecidos, buscando alcançar os resultados pactuados de forma otimizada;

II - alimentar, regularmente, os bancos de dados dos sistemas de informação de interesse do Sistema Único de Saúde – SUS;

III - aplicar os recursos financeiros repassados pela CONVENIENTE, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, exclusivamente na execução do objeto do ajuste e na forma prevista no plano de trabalho;

IV - indicar o(s) nome(s) de responsável(is) pela fiscalização da execução do convênio e manter atualizada a CONVENIENTE de qualquer alteração;

V - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

VI- assegurar as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e à avaliação da execução do objeto do convênio com o fim de permitir e facilitar o acesso de agentes relacionados à fiscalização a todos os documentos relativos à execução do objeto do convênio, prestando-lhes todas e quaisquer informações solicitadas;

VII- apresentar prestações de contas parciais mensalmente e final, nos termos da Cláusula Sexta deste instrumento com relatórios de execução do objeto e de execução financeira de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis contendo:

1.comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados;

2.demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução, em regime de caixa e em regime de competência; e

3.comprovações de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

VIII - responsabilizar-se, integral e exclusivamente, pela contratação e pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da CONVENIENTE a inadimplência da CONVENIADA em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto do convênio ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;

IX - manter e movimentar os recursos financeiros repassados para a execução do objeto do convênio em uma única, exclusiva e específica conta bancária, isenta de tarifa bancária, aberta junto ao banco do Brasil;

X- manter registros, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao objeto do convênio;

XI - assegurar que toda divulgação das ações objeto do convênio seja realizada com o consentimento prévio e formal CONVENIENTE, bem como conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado de São Paulo;

XII - utilizar os bens materiais e serviços custeados com recursos públicos vinculados à parceria em conformidade com o objeto pactuado;

XIII - responsabilizar-se pela legalidade e regularidade das despesas realizadas para a execução do objeto do convênio, pelo que responderá diretamente perante a CONVENIENTE e demais órgãos incumbidos da fiscalização nos casos de descumprimento;

XIV - comunicar de imediato à CONVENIENTE a ocorrência de qualquer fato relevante à execução do presente convênio;

XV- responder pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e quaisquer outras despesas de sua responsabilidade, resultantes da execução do objeto deste convênio, bem assim por eventuais danos ou prejuízos causados a terceiros, isentando a CONVENIENTE de qualquer responsabilidade.





**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS**

XVI - ficam vedadas as seguintes práticas por parte da CONVENIADA:

- a) utilizar, ainda que em caráter emergencial, os recursos repassados pela CONVENIENTE para finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
- b) realizar despesa em data anterior à vigência do instrumento;
- c) contrair obrigações em data posterior à vigência deste instrumento
- d) realizar qualquer cobrança direta ou indireta ao paciente vinculado ao SUS por qualquer serviço referente à assistência a ele prestada nas dependências da CONVENIENTE;

d.1) "realizar pagamentos às pessoas físicas e jurídicas à conta do convênio de forma que seja possível a identificação do beneficiário final e, sempre que possível, mediante depósito em sua conta bancária para cumprimento do Comunicado SDG 16/2018 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo";

d.2) comunicar a SECRETARIA, por sua instância situada na jurisdição da CONVENIADA, e eventual alteração de seus Estatutos ou de sua Diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos;

d.3) cumprir a Lei Federal nº 13.709/2018 no âmbito da execução do objeto deste Convênio e observar as instruções por escrito da SECRETARIA no tratamento de dados pessoais;

d.4) observar a Lei Federal nº 12.846/2013 e ao Decreto Estadual nº 60.106/2014 para conduzir os seus negócios de forma a coibir fraudes, corrupção e quaisquer outros atos lesivos à Administração Pública, nacional ou estrangeira, abstendo-se de práticas como as seguintes:

I—prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a agente público, ou a terceira pessoa a ele relacionada;

II—comprovementamente, financiar, custear, patrocinar ou de qualquer modo subvencionar a prática dos atos ilícitos previstos em Lei;

III—comprovementamente, utilizar-se de interposta pessoa física ou jurídica para ocultar ou dissimular seus reais interesses ou a identidade dos beneficiários dos atos praticados.

e) efetuar pagamento a qualquer título a pessoa que não esteja diretamente vinculada à execução do objeto do convênio ou sem a devida contraprestação laborativa;

f) aplicar os recursos com despesas de taxas de administração ou assemelhada, tarifas, juros moratórios e multas e honorários advocatícios;

g) utilizar os recursos repassados para locação de imóvel;

h) celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e ainda com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual.

i) contratar a prestação de serviço ou fornecimento de bens com a empresa que tenha entre seus empregados cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, daqueles que exercem cargos em comissão de direção ou assessoramento vinculados aos quadros da CONVENIENTE ou da CONVENIADA;

j) em observância à Lei Federal nº 12.846/2013 e ao Decreto Estadual nº 60.106/2014, oferecer, dar ou se comprometer a dar a quem quer que seja, tampouco aceitar ou se comprometer a aceitar de quem quer que seja, por conta própria ou por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou benefícios de qualquer espécie indevidos relacionados de forma direta ou indireta ao objeto deste ajuste, o que deve ser observado, ainda, pelos seus prepostos, colaboradores e eventuais subcontratados.

XVII—Realizar a pedido da CONVENIENTE o afastamento de qualquer pessoa dos seus quadros cuja atuação ou permanência apresente comportamento prejudicial ao bom andamento dos serviços desempenhados pela CONVENIADA;

XVIII—Disponibilizar, em seu sítio na rede mundial de computadores, informações sobre suas atividades e resultados, dentre outros o estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relação nominal dos dirigentes, valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamentos, regulamento de compras e de contratação de pessoal (Comunicado SDG 16/2018 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo)

**CLÁUSULA QUARTA - DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante total de R\$ 3.913.140,00 (três milhões, novecentos e treze mil e cento e quarenta reais), a serem repassados em parcelas mensais, na vigência deste instrumento, que onerará a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090141 - Hospital Guilherme Álvaro (HGA)

Programa de Trabalho: 10302093062130000

Natureza de despesa: 335043

Fonte de recursos: Tesouro

- a) 90% (noventa por cento) do valor total do convênio serão pagos em parcelas fixas mensais;
- b) 10% (dez por cento) do valor total do convênio serão pagos mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e desempenho, conforme sua valoração estabelecida no quadro de Indicadores;
- c) A avaliação da parte variável será realizada nos meses subsequentes ao fechamento do trimestre, podendo gerar um ajuste financeiro a menos nas parcelas seguintes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores de qualidade.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias que forem aprovadas para as mesmas no orçamento da Secretaria de Estado da Saúde.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – A liberação dos recursos está condicionada à inexistência de registros em nome da CONVENIADA junto ao CADIN ESTADUAL, de acordo com o Parágrafo Único do Artigo 19 da Portaria Conjunta CAF – CCE – CO 01, de 21/01/2015. O cumprimento desta condição poderá se dar pela comprovação, pela CONVENIADA, de que os registros estão suspensos, nos termos do artigo 8º, da Lei estadual nº 12.799/2008.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – A liberação dos recursos de que trata esta cláusula, fica condicionada a apresentação mensal do Relatório de Execução, que deverá ser validado pela Unidade.

**PARÁGRAFO QUARTO** – As parcelas do convênio serão liberadas em estrita conformidade com o plano de aplicação aprovado e de acordo com a legislação pertinente, exceto nos casos previstos nos incisos I, II e III do parágrafo 3º do artigo 116 da lei federal nº 8.666/93, casos em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ocorrentes;

**PARÁGRAFO QUINTO** – A CONVENIADA deverá manter os recursos transferidos em conta especial, no Banco do Brasil, e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio. Banco do Brasil – Banco 001 – Agência 2434-1 - Conta Corrente nº. 6062-3.

**PARÁGRAFO SEXTO** – Os recursos recebidos por este instrumento deverão ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não forem empregados em sua finalidade, sendo que as receitas financeiras auferidas serão obrigatoriamente computadas a crédito do convênio, e aplicadas, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas do ajuste.

**PARÁGRAFO SÉTIMO** – Na aplicação dos recursos financeiros destinados à execução deste convênio, os partícipes deverão observar o quanto segue:

I - no período correspondente ao intervalo entre a transferência dos recursos e a sua efetiva utilização, os valores correspondentes deverão ser aplicados, por intermédio do Banco do Brasil S/A ou outra instituição financeira que venha a funcionar como Agente Financeiro do Tesouro do Estado, em caderneta de poupança, se o seu uso for igual ou superior a 1 (um) mês, ou em fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto, lastreada em títulos da dívida pública, quando a sua utilização verificar-se em prazos inferiores a um mês;

II - quando da prestação de contas tratada na cláusula sexta, deverão ser anexados os extratos bancários contendo o movimento diário (histórico) da conta, juntamente com a documentação referente à aplicação das disponibilidades financeiras, a serem fornecidos pela instituição financeira indicada;

III - o descumprimento do disposto neste parágrafo obrigará a CONVENIADA à reposição ou restituição do numerário recebido, acrescido da remuneração da caderneta de poupança no período, computada desde a data do repasse até a





**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS**

data do efetivo depósito;

IV - as notas fiscais/faturas ou comprovantes de despesas efetuadas para a execução do objeto do Convênio serão emitidas em nome da CONVENIADA, conforme o caso, devendo mencionar o número do presente Convênio SES.

**CLÁUSULA QUINTA – DO CONTROLE, DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS**

A execução do presente convênio será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, devendo para tanto:

- I - avaliar e homologar trimestralmente o desempenho da CONVENIADA e os resultados alcançados na execução do objeto do convênio, e fazer recomendações para o atingimento dos objetivos perseguidos;
- II - elaborar relatório semestral de acompanhamento das metas;
- III - monitorar o uso dos recursos financeiros mediante análise dos relatórios apresentados pela CONVENIADA;
- IV - analisar a vinculação dos gastos ao objeto do convênio celebrada, bem como a razoabilidade desses gastos;
- V - solicitar, quando necessário, reuniões extraordinárias e realizar visitas técnicas no local de realização do objeto do convênio com a finalidade de obter informações adicionais que auxiliem no desenvolvimento dos trabalhos;
- VI - emitir relatório conclusivo sobre os resultados alcançados no período, contendo a nota do convênio, avaliação das justificativas apresentadas no relatório técnico de monitoramento e avaliação, recomendações, críticas e sugestões.

**CLÁUSULA SEXTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A prestação de contas dos recursos recebidos da CONVENIENTE deverá ser apresentada, pela CONVENIADA, observadas as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da Secretaria e pelo Tribunal de Contas do Estado, e deverá ser instruída com os seguintes instrumentos:

- I - Quadro demonstrativo discriminando a receita e a despesa;
- II - Relação dos pagamentos efetuados;
- III - Relação de bens adquiridos;
- IV - Conciliação de saldo bancário;
- V - Cópia do extrato bancário da conta específica;
- VI - Relatório de atendimento contendo o comparativo entre as metas pactuadas e as metas realizadas;
- VII – comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A prestação de contas dos recursos repassados à CONVENIADA será efetuada por meio da apresentação de prestações de contas parciais e final.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - As prestações de contas parciais deverão ser apresentadas mensalmente à CONVENIENTE até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente, acompanhado de:

- I - Relatório consolidado das atividades desenvolvidas no período, em conformidade com as ações previstas no Plano de Trabalho;
- II - Relação dos pagamentos efetuados com os recursos financeiros liberados pela CONVENIENTE, acompanhados dos respectivos comprovantes de realização das despesas.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - A prestação de contas a que se refere o § 2º desta cláusula será encaminhada pela CONVENIADA à CONVENIENTE, e sua aprovação constituirá requisito necessário para a transferência das parcelas subsequentes.

**PARÁGRAFO QUARTO** - O setor competente da CONVENIENTE elaborará relatório de cada período alusivo às atividades realizadas pela CONVENIADA, contendo avaliação conclusiva acerca da aplicação dos recursos financeiros destinados à execução do objeto do presente ajuste.

**PARÁGRAFO QUINTO** - A CONVENIENTE informará à CONVENIADA eventuais irregularidades encontradas na prestação de contas, as quais deverão ser sanadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento desta comunicação.

**PARÁGRAFO SEXTO** - A prestação de contas final deverá ser apresentada à CONVENIENTE em até 30 (trinta) dias do término da vigência do convênio e de cada uma de suas eventuais prorrogações, na forma exigida pelo Tribunal de





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

Contas do Estado de São Paulo, observadas, ainda, as normas complementares editadas pela CONVENIENTE.

**PARAGRAFO SÉTIMO** - Os recursos utilizados em desacordo com este instrumento deverão ser recolhidos aos cofres Públicos, corrigidos monetariamente.

**PARÁGRAFO OITAVO** - Em caso de restituição deverá ser utilizado a conta "C "

FUNDES: Banco 001 / Agência: 1897 X/Conta Corrente 100 919-2.

Tesouro: Banco 001 / Agência: 1897 X/Conta Corrente 9401-3.

**PARÁGRAFO NONO** – O prazo para proceder ao recolhimento será de 30 (trinta) dias, contados da data da Notificação, expedida pela Unidade.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO GESTOR DO CONVÊNIO**

O gestor fará a interlocução técnica com a CONVENIADA, bem como o acompanhamento e a fiscalização da execução do objeto do convênio, devendo zelar pelo seu adequado cumprimento e manter o CONVENIENTE informado sobre o andamento das atividades, competindo-lhe em especial:

- I - Acompanhar e fiscalizar a execução do objeto do convênio;
- II - Informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas do convênio e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;
- III - Emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação;
- IV - Comunicar ao administrador público a inexecução por culpa exclusiva da CONVENIADA;
- V - Acompanhar as atividades desenvolvidas e monitorar a execução do objeto do convênio nos aspectos administrativo, técnico e financeiro, propondo as medidas de ajuste e melhoria segundo as metas pactuadas e os resultados observados, com o assessoramento que lhe for necessário;
- VI - Realizar atividades de monitoramento, devendo estabelecer práticas de acompanhamento e verificação no local das atividades desenvolvidas, mediante agenda de reuniões e encontros com os dirigentes da CONVENIADA, para assegurar a adoção das diretrizes constantes deste termo e do plano de trabalho;
- VII - Realizar a conferência e a checagem do cumprimento das metas e suas respectivas fontes comprobatórias, bem como acompanhar e avaliar a adequada implementação da política pública, verificando a coerência e veracidade das informações apresentadas nos relatórios gerenciais;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Ficam designados como gestores Sra. CARLA RODRIGUES GATTO, Chefe de Saúde II, GISELE BECK, Oficial de Saúde lotados no Hospital Guilherme Álvaro - Santos.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O gestor do convênio poderá ser alterado a qualquer tempo pela CONVENIENTE, por meio de simples apostilamento.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Em caso de ausência temporária do gestor deverá ser indicado substituto que assumirá a gestão até o retorno daquele.

**PARÁGRAFO QUARTO** - Fica designado como representante da CONVENIADA o Sr(a). Walter Dishchekenian, Gestor Do Convênio, RG nº 13.128.072-7, CPF nº 074.947.058-56

**CLÁUSULA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES DO CONVÊNIO**

O presente Convênio poderá ser alterado, mediante termo aditivo, em qualquer de suas cláusulas e condições, de comum acordo, desde que tal interesse seja manifestado por qualquer dos partícipes, previamente e por escrito, observado o disposto no parágrafo único da Cláusula Primeira.

**CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA**



SESTER2022012687DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO será de 12(doze) meses, de 01/01/2023 a 31/12/2023, podendo ser prorrogado por motivo relevante devidamente justificado, corroborado por parecer técnico favorável da área competente, e após aprovação da SECRETARIA, mediante termo aditivo, respeitada a legislação vigente e pelo lapso de tempo compatível com o prazo de execução do objeto do convênio, não podendo ultrapassar o prazo de 5 (cinco) anos previsto no art. 11, letra "g", do Decreto nº 66.173/2021

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – A vigência do presente Convênio nos exercícios financeiros subsequentes ao de sua assinatura estará condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Estado e/ou da União.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Durante a vigência deste convênio a Administração poderá exigir a documentação que reputar necessária.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO**

Este Convênio poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer das obrigações ou condições nele pactuadas, por infração legal, ou pela superveniência de norma legal, ou ainda denunciada por ato unilateral, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, respeitada a obrigatoriedade de prestar contas dos recursos já recebidos.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Quando da denúncia ou rescisão do Convênio, os saldos financeiros remanescentes serão devolvidos no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do evento.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS SALDOS FINANCEIROS REMANESCENTES**

Quando da conclusão, denúncia ou rescisão do presente convênio, não tendo ocorrido à utilização total dos recursos recebidos da CONVENIENTE, fica a entidade obrigada a restituir, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, contados da data da finalização do presente convênio, sob pena de imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras, acrescidos da remuneração da caderneta de poupança, computada desde a data do repasse e até a data da efetiva devolução, devendo encaminhar a guia respectiva à CONVENIENTE, sem prejuízo das demais responsabilidades, inclusive financeiras, a cargo dos partícipes.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – A não restituição e inobservância do disposto no caput desta cláusula ensejará a imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, sem prejuízo da inscrição da entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais – CADIN estadual, nos termos da Lei nº 12.799, de 11 de janeiro de 2008.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente instrumento deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO**

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Convênio é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

São Paulo, 31 de dezembro de 2022

WALTER DISHCHEKENIAN  
Gestor Entidade  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE - COLSAN





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

MONICA MAZZURANA BENETTI  
Diretor Técnico de Saúde III  
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO / DIRETORIA

CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES  
Coordenador de Saúde  
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE / GABINETE DO COORDENADOR

JEANCARLO GORINCHTEYN  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: JEANCARLO GORINCHTEYN - 31/12/2022 às 11:46:16  
Assinado com senha por: CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES - 30/12/2022 às 19:18:58  
Assinado com senha por: MONICA MAZZURANA BENETTI - 30/12/2022 às 19:05:11  
Assinado com senha por: WALTER DISHCHENIAN - 30/12/2022 às 18:41:31  
Documento N°: 050236A1959299 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A1959299>



SESTER2022012687DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS



PLANO DE TRABALHO

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

|                                                                     |                     |             |                    |                               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|-------------------------------|
| Número do PT: SES-PRC-2022-01735-DM                                 |                     |             |                    |                               |
| Órgão/Entidade: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE - COLSAN |                     |             |                    |                               |
| CNPJ: 61.047.007/0001-53                                            |                     |             |                    |                               |
| CNES:                                                               |                     |             |                    |                               |
| Endereço: Avenida Jandira, 1260                                     |                     |             |                    |                               |
| Município: São Paulo CEP: 04080006                                  |                     |             |                    |                               |
| Telefone: (11) 5055-6588                                            |                     |             |                    |                               |
| E-mail: diretoriageral@colsan.org.br                                |                     |             |                    |                               |
| CPF                                                                 | Representante Legal | RG          | Cargo              | Email                         |
| 236.147.228-72                                                      | RICARDO LUIZ SMITH  | 2.860.290-0 | DIRETOR PRESIDENTE | angelica.aguiar@colsan.org.br |

GESTOR DO CONVÊNIO

| CPF            | RG           | Nome do Gestor       | Cargo           | E-mail                             |
|----------------|--------------|----------------------|-----------------|------------------------------------|
| 074.947.058-56 | 13.128.072-7 | WALTER DISHCHEKENIAN | Gestor Entidade | walter.dishchekenian@colsan.org.br |

RECEBIMENTO DO RECURSO

**Banco:** Banco do Brasil Agência: 2434-1 Número: 6062-3

**Praça de Pagamento:** Av. Brigadeiro Faria Lima, 3729 - 4º andar - Itaim Bibi

Declaramos que esta Conta Corrente será exclusiva para o recebimento do recurso e pagamento das despesas neste convênio.

CONTEXTO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Missão da Instituição:

A COLSAN tem como missões:

- Cooperar para solução do problema da falta de sangue nos hospitais públicos, privados e beneficentes, promovendo, para tanto, a coleta e distribuição de sangue, realizar atividades transfusionais, manter agências transfusionais e prestar serviços hematológicos.
- Estimular o aperfeiçoamento do ensino, da pesquisa científica e da assistência nos campos da ciência da saúde.

Histórico da Instituição:

Breve Histórico da Instituição

A COLSAN - Associação Beneficente de Coleta de Sangue foi fundada em agosto de 1959, pelo Dr. Othon Barcellos, juntamente com um grupo de amigos, que pretenderam prestar um serviço à comunidade, conforme ata assinada pelo Presidente da



SESPTA2022012420DM



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

República, Juscelino Kubitschek de Oliveira.

Pioneira no incentivo à doação voluntária de sangue, a COLSAN é reconhecida de Utilidade Pública, nos âmbitos:

Federal (Decreto de 27/05/1992)

Estadual (Decreto 37.057 de 03/08/60)

Municipal (Decreto 7.878 de 31/12/68)

**QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

**Objeto:** Custeio - Folha de pagamentos, Material de consumo e Prestação de serviço

**Detalhamento do Objeto - Itens:**

| Descrição do Item                                                    | Valor (R\$)           | Quantidade | Total (R\$)             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|
| Prestação de Serviços - Serviços de Limpeza                          | R\$ 12.530,00         | 12         | R\$ 150.360,00          |
| Utilidade Pública - Telefonia                                        | R\$ 800,00            | 12         | R\$ 9.600,00            |
| Prestação de Serviços - Outras Despesas com Transportes e Locomoção  | R\$ 7.700,00          | 12         | R\$ 92.400,00           |
| Folha de Pagamento de Pessoal                                        | R\$ 272.790,00        | 12         | R\$ 3.273.480,00        |
| Prestação de Serviços                                                | R\$ 470,00            | 12         | R\$ 5.640,00            |
| Prestação de Serviços - Serviços Gráficos                            | R\$ 500,00            | 12         | R\$ 6.000,00            |
| Prestação de Serviços - Suporte de Infraestrutura                    | R\$ 1.600,00          | 12         | R\$ 19.200,00           |
| Aquisição de Material de Consumo - Laboratório                       | R\$ 29.005,00         | 12         | R\$ 348.060,00          |
| Aquisição de Material de Consumo - Escritório, Papelaria e Impressos | R\$ 700,00            | 12         | R\$ 8.400,00            |
| <b>Totais</b>                                                        | <b>R\$ 326.095,00</b> | <b>108</b> | <b>R\$ 3.913.140,00</b> |



SESPTA2022012420DM

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

**Objetivo:**

Implantação e Gerenciamento do Serviço de Atendimento Técnico Hospitalar em Hemoterapia, ou seja, o funcionamento do posto de coleta e da agência transfusional, bem como o suprimento de hemocomponentes ao Hospital Guilherme Álvaro, localizado na Avenida Oswaldo Cruz, nº 197 – Boqueirão – Santos/SP.

**Justificativa:**

Garantir o suporte adequado de atendimento técnico hospitalar em hemoterapia ao Hospital Guilherme Álvaro, cujo perfil assistencial prioriza o atendimento cirúrgico, pré-natal de alto risco, atendimento às patologias cardiovasculares e oncohematológicas da Rede Hebe Camargo, sendo referência a 24 municípios da RRAS7, Baixada Santista e Vale do Ribeira.

**Local:** Rua Oswaldo Cruz, 197, 197 - Boqueirão - São Paulo - CEP 11.045-904

**METAS A SEREM ATINGIDAS**

**Metas Qualitativas:**

|                                         |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Atendimento das Solicitações de Hemocomponentes do HGA                                                           |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Atendimento a 100% das transfusões de hemocomponentes solicitados                                                |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Atendimento a 100% das transfusões de hemocomponentes solicitados                                                |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório nominal contendo as solicitações de hemocomponentes pedidas por pacientes realizados no mês            |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | $(\text{Quantidade de hemocomponentes atendidos} / \text{Quantidade de hemocomponentes solicitados}) \times 100$ |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatório de requisições de hemocomponentes e relatório de atendimento de requisições de transfusão              |

|                                |                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>      | Tempo médio de atendimento as solicitações URGENTES                                                |
| <b>Ações para Alcance:</b>     | Disponibilizar equipe capacitada para realizar o preparo do hemocomponente no período especificado |
| <b>Situação Atual:</b>         | Não foram registradas ocorrências                                                                  |
| <b>Situação Pretendida:</b>    | Atender em até 3 horas                                                                             |
| <b>Indicador de Resultado:</b> | Relatório contendo a quantidade de solicitações / número de solicitações atendidas no prazo        |



SESPTA2022012420DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|                                         |                                                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações inadequadas / Quantidade de solicitações recebidas) x 100 |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Dados de Atrasos / Cancelamentos / Não atendimento Transfusional                      |

|                                         |                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Tempo médio de atendimento as solicitações de ROTINA                                            |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Disponibilizar equipe capacitada a realizar o preparo do hemocomponente no período especificado |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                               |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Atender em até 24 horas                                                                         |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório contendo a quantidade de solicitações / quantidade de solicitações atendidas no prazo |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações inadequadas / Quantidade de solicitações recebidas) x 100           |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Dados de Atrasos / Cancelamentos / Não atendimento Transfusional                                |

|                                         |                                                                                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Tempo médio de atendimento as solicitações AGENDADAS                                               |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Disponibilizar equipe capacitada para realizar o preparo do hemocomponente no período especificado |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                  |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Atender em até 3 horas do horário estipulado                                                       |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório contendo a quantidade de solicitações / número de solicitações atendidas no prazo        |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações inadequadas / Quantidade de solicitações recebidas) x 100              |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Dados de Atrasos / Cancelamentos / Não atendimento Transfusional                                   |

|                                |                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>      | Tempo médio de atendimento as solicitações solicitadas em EXTREMA URGÊNCIA                         |
| <b>Ações para Alcance:</b>     | Disponibilizar equipe capacitada para realizar o preparo do hemocomponente no período especificado |
| <b>Situação Atual:</b>         | Não foram registradas ocorrências                                                                  |
| <b>Situação Pretendida:</b>    | Atender ao solicitado de maneira imediata                                                          |
| <b>Indicador de Resultado:</b> | Relatório contendo a quantidade de solicitações / número de solicitações atendidas no prazo        |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|                                         |                                                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações inadequadas / Quantidade de solicitações recebidas) x 100 |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Dados de Atrasos / Cancelamentos / Não atendimento Transfusional                      |

|                                         |                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Plaqueta por Aférese em Paciente Transplantado                                                                                                              |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Disponibilizar equipe capacitada para liberação das bolsas de plaquetas coletadas por aférese em mais de 90% das solicitações                               |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                                                           |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | "Atender ao solicitado em quantitativo >90% dos pedidos"                                                                                                    |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório contendo a quantidade de solicitações atendidas / número de solicitações realizadas para este perfil de paciente                                  |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações atendidas por aferese de paciente transplantado / Quantidade total de solicitações por aferese de paciente transplantado) x 100 |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatórios de produção                                                                                                                                      |

|                                         |                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Aféreses Terapêuticas                                                                                                                                                        |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Disponibilizar equipe capacitada para realizar o procedimento dentro de até 24 horas, conforme indicações da ASFA ou o protocolo da CONVENIADA com a anuência da CONVENIENTE |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                                                                            |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | "Atender ao solicitado em quantitativo >90% dos pedidos conforme a publicação atualizada da ASFA"                                                                            |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório contendo a quantidade de solicitações / número de solicitações atendidas                                                                                           |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações inadequadas / Quantidade de solicitações recebidas de aferese terapeutica) X100                                                                  |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatórios de produção                                                                                                                                                       |

|                                |                                                                                             |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>      | Atendimento a solicitações externas                                                         |
| <b>Ações para Alcance:</b>     | Disponibilizar equipe capacitada para liberação das bolsas de hemocomponentes               |
| <b>Situação Atual:</b>         | Não foram registradas ocorrências                                                           |
| <b>Situação Pretendida:</b>    | Atender em até 24 horas                                                                     |
| <b>Indicador de Resultado:</b> | Relatório contendo a quantidade de solicitações / número de solicitações atendidas no prazo |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|                                         |                                                                                                        |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de solicitações externas inadequadas / Quantidade de solicitações externas recebidas) x100 |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatórios de produção                                                                                 |

|                                         |                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Política de Humanização – Pesquisa de Satisfação Usuário                                                                                                         |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Garantir a Qualidade da Assistência                                                                                                                              |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                                                                |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | Nível ? 90% de bom ou ótimo                                                                                                                                      |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório Compilado com as pesquisas efetuadas na competência. Sempre que o Gestor julgar necessário, apresentar as pesquisas efetuadas na competência escolhida |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | Média das notas obtidas de satisfação (doador) ou receptor                                                                                                       |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Pesquisa de satisfação do doador (mensal) e receptor (semestral)                                                                                                 |

|                                         |                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Adesão as Metas de Segurança do Paciente - Identificação                                                                                                                                                  |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Garantir a Segurança do Paciente                                                                                                                                                                          |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                                                                                                         |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | "100% Pacientes Identificados e Checados"                                                                                                                                                                 |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Nº de Pacientes e doadores atendidos / Nº de Etiquetas Geradas                                                                                                                                            |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de identificação inadequada / Quantidade de doadores e pacientes atendidos) x100                                                                                                              |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Ocorrências no Sistema de Gestão da Qualidade sobre erros de identificação. Para o total de coleta utilizamos o relatório de coleta diário e de pacientes utilizamos o relatório de produção das agências |

|                                         |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Notificação de eventos adversos em transfusões                                                                                                                                 |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Garantir que toda a equipe esteja aderente aos procedimentos operacionais padrão e demonstre conhecimento dos possíveis eventos adversos decorrentes do procedimento realizado |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Não foram registradas ocorrências                                                                                                                                              |
| <b>Situação Pretendida:</b>             |                                                                                                                                                                                |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Nº de Pacientes que apresentaram reação adversa / Nº de infusões realizadas                                                                                                    |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | (Quantidade de reação / Quantidade de transfusões) x100                                                                                                                        |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Acompanhamento das reações transfusionais                                                                                                                                      |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

Metas Qualitativas:

|                                  |                                                                |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Descrição da Meta:               | Realização de 1200 coletas de sangue de doadores - CSD por mês |
| Ações para Alcance:              | Disponibilizar equipe e realizar os testes necessários         |
| Situação Atual:                  | Buscar atender as solicitações                                 |
| Situação Pretendida:             | 1200 coletas de sangue de doadores                             |
| Indicador de Resultado:          | Relatório de coletas realizadas                                |
| Fórmula de Cálculo do Indicador: | Somatório das quantidades de coletas                           |
| Fonte do Indicador:              | Relatório de coletas realizadas                                |

|                                  |                                                            |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Descrição da Meta:               | Realização de 770 infusões de hemocomponentes - IH por mês |
| Ações para Alcance:              | Disponibilizar equipe e realizar os testes necessários     |
| Situação Atual:                  | Buscar atender as solicitações                             |
| Situação Pretendida:             | 770 infusões de hemocomponentes                            |
| Indicador de Resultado:          | Relatório de infusões de hemocomponentes realizadas        |
| Fórmula de Cálculo do Indicador: | Somatória da quantidade de infusões de hemocomponentes     |
| Fonte do Indicador:              | Relatório de infusões de IH                                |

|                                  |                                                        |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Descrição da Meta:               | Realização de 15 Sangrias Terapêuticas - ST por mês    |
| Ações para Alcance:              | Disponibilizar equipe e realizar os testes necessários |
| Situação Atual:                  | Buscar atender as solicitações                         |
| Situação Pretendida:             | 15 sangrias terapêuticas mês                           |
| Indicador de Resultado:          | Relatório de sangrias terapêuticas                     |
| Fórmula de Cálculo do Indicador: | Somatória de quantidade de sangrias terapêuticas       |
| Fonte do Indicador:              | Relatório de sangrias terapêuticas - ST realizadas     |

|                     |                                                                           |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Descrição da Meta:  | Realização de 150 tipagens de recém-nascidos e puérperas - ABO/RH por mês |
| Ações para Alcance: | Disponibilizar equipe e realizar os testes necessários                    |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|                                         |                                                                   |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Situação Atual:</b>                  | Buscar atender as solicitações                                    |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | 150 tipagens de recém-nascidos e puérperas mensais                |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório de tipagens de recém-nascidos e puérperas               |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | Somatória da quantidade de tipagens de recém-nascidos e puérperas |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatório de tipagens de ABO/RH                                   |

|                                         |                                                        |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Descrição da Meta:</b>               | Realização de 01 Campanha de Doação de Sangue por mês  |
| <b>Ações para Alcance:</b>              | Disponibilizar equipe e realizar os testes necessários |
| <b>Situação Atual:</b>                  | Buscar atender as solicitações                         |
| <b>Situação Pretendida:</b>             | 01 campanha de Doação de Sangue mês                    |
| <b>Indicador de Resultado:</b>          | Relatório da Campanha de doação de sangue              |
| <b>Fórmula de Cálculo do Indicador:</b> | Somatória da quantidade de doadores                    |
| <b>Fonte do Indicador:</b>              | Relatório da campanha de doação de sangue - CDS        |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

| Ordem | Etapas                             | Duração (Dias) | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Pagamento de folha de pessoal      | 30             | Pagamento dos profissionais que compõem o quadro de pessoal. A folha é elaborada e paga mensalmente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2     | Pagamento de serviços de terceiros | 30             | manutenção corretiva dos equipamentos, manutenção preventiva, calibração e validação dos equipamentos e atividades de suporte (hardware, software, ar condicionado) e serviços de transporte de hemocomponentes, contratação e manutenção de containers para armazenamento dos insumos, serviço de transportes diversos, descarte de material, manutenção mobiliário, manutenção e locação de impressoras, serviços de informática, serviços gráficos, serviços de telefonia, serviços médicos. Execução mensal. |
| 3     | Aquisição de material de consumo   | 30             | Aquisição de materiais e reagentes para realização dos testes pré-transfusionais pela agência transfusional, Insumos de manutenção para reposição de material das agências (ex. lâmpadas, cabos, material elétrico, material eletrônico, material de limpeza e higiene pessoal, uniformes e crachás, específicos para as agências/sangue, material de escritório). Material adquirido mensalmente.                                                                                                               |

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

| Ordem | Tipo Objeto | Item | Especificação | Proponente | % | Concedente | % |
|-------|-------------|------|---------------|------------|---|------------|---|
|-------|-------------|------|---------------|------------|---|------------|---|





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|   |                                |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |       |            |       |
|---|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|-------|
| 1 | Custeio - Material de consumo  | Aquisição de Material de Consumo - Escritório, Papelaria e Impressos | Aquisição de papel sulfite, borracha branca, pilha, envelope saco kraft, etiqueta, fita adesiva, grampo galvanizado, caneta esferográfica azul vermelha, clips galvanizado, fita crepe, pincel marca texto, pincel para retro azul e preto.                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0,00 | 0,00% | 8.400,00   | 0,21% |
| 2 | Custeio - Material de consumo  | Aquisição de Material de Consumo - Laboratório                       | Revercel, triacel, controcel, pipeta, soro fisiológico, ribbon resina, etiqueta para segmento bolsa, etiqueta para almotolia, soroclone anti A, soroclone anti B, soro de coombs, controle RH, bio peg, soroclone anti D, papel interfolhas 2 dob, filtro para remoção de leucocitos, pano rolo, filme PVC, tubo de ensaio, álcool etílico hidratado 70, luva para procedimento pequena e média, máscara respiratória PFF2, coletor perfurocortante, touca descartável com elástico, compressa gaze, equipo micro | 0,00 | 0,00% | 348.060,00 | 8,89% |
| 3 | Custeio - Prestação de serviço | Prestação de Serviços - Suporte de Infraestrutura                    | Serviços de manutenção dos equipamentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0,00 | 0,00% | 19.200,00  | 0,49% |
| 4 | Custeio - Prestação de serviço | Prestação de Serviços - Serviços Gráficos                            | Impressão de formulários: controle de temperatura, fichas de receptor, requisição de procedimentos hemoterápicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0,00 | 0,00% | 6.000,00   | 0,15% |
| 5 | Custeio - Prestação de serviço | Prestação de Serviços                                                | Contratação de serviços de contabilidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 0,00 | 0,00% | 5.640,00   | 0,14% |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

|        |                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                      |          |       |                     |         |
|--------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------------|---------|
| 6      | Custeio -<br>Folha de<br>pagamentos  | Folha de<br>Pagamento de<br>Pessoal                                                   | Salários, encargos e<br>benefícios da folha de<br>pagamento (Médicos,<br>enfermeiros, técnicos de<br>enfermagem, biólogos,<br>técnicos de hemoterapia,<br>assistente administrativo) | 0,00     | 0,00% | 3.273.480,00        | 83,65%  |
| 7      | Custeio -<br>Prestação<br>de serviço | Prestação de<br>Serviços -<br>Outras<br>Despesas<br>com<br>Transportes e<br>Locomoção | Contratação de serviços<br>de transporte                                                                                                                                             | 0,00     | 0,00% | 92.400,00           | 2,36%   |
| 8      | Custeio -<br>Prestação<br>de serviço | Utilidade<br>Pública -<br>Telefonia                                                   | Serviços de telefonia e<br>internet                                                                                                                                                  | 0,00     | 0,00% | 9.600,00            | 0,25%   |
| 9      | Custeio -<br>Prestação<br>de serviço | Prestação de<br>Serviços -<br>Serviços de<br>Limpeza                                  | Serviços de higiene e<br>limpeza                                                                                                                                                     | 0,00     | 0,00% | 150.360,00          | 3,84%   |
| Total: |                                      |                                                                                       |                                                                                                                                                                                      | R\$ 0,00 | 0,00% | R\$<br>3.913.140,00 | 100,00% |





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

**1. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**



SESPTA2022012420DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

| Nº Parcela         | Valor Parcela | %      | Proponente | %    | Concedente   | %      | Total de Desembolso |
|--------------------|---------------|--------|------------|------|--------------|--------|---------------------|
| 1                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 2                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 3                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 4                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 5                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 6                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 7                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 8                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 9                  | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 10                 | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 11                 | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| 12                 | 326.095,00    | 8,33   | 0,00       | 0,00 | 326.095,00   | 8,33   | 326.095,00          |
| <b>Valor Total</b> | 3.913.140,00  | 100,00 | 0,00       | 0,00 | 3.913.140,00 | 100,00 | 3.913.140,00        |

**1. PREVISÃO DE EXECUÇÃO**

Início: 01/01/2023

Término: 31/12/2023

**2. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DESTE PLANO**

| CPF            | Nome                        | RG           | Cargo    | E-mail                   |
|----------------|-----------------------------|--------------|----------|--------------------------|
| 051.542.638-55 | VERA LUCIA ALMEIDA DA CUNHA | 12.310.476-2 | ASSESSOR | vera.cunha@colsan.org.br |

**ASSINATURAS DIGITAIS**

Documento assinado digitalmente pela(s) pessoa(s) abaixo, conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

São Paulo, 31 de Dezembro de 2022



SESPTA2022012420DM



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETARIO E ASSESSORIAS

WALTER DISHCHENIAN  
Gestor Entidade  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE - COLSAN

MONICA MAZZURANA BENETTI  
Diretor Técnico de Saúde III  
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO / DIRETORIA

CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES  
Coordenador de Saúde  
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE / GABINETE DO COORDENADOR

JEANCARLO GORINCHTEYN  
Secretário de Saúde  
Gabinete do Secretário



Assinado com senha por: JEANCARLO GORINCHTEYN - 31/12/2022 às 11:47:47  
Assinado com senha por: CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES - 30/12/2022 às 19:19:30  
Assinado com senha por: MONICA MAZZURANA BENETTI - 30/12/2022 às 19:06:16  
Assinado com senha por: WALTER DISHCHENIAN - 30/12/2022 às 18:41:59  
Documento N°: 050236A1959301 - consulta é autenticada em:  
<https://demandas.spsempapel.sp.gov.br/demandas/documento/050236A1959301>



SESPTA2022012420DM