



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

ANEXO I

PLANO OPERATIVO – EMENDAS FEDERAIS -

(x) Portaria MS/GM nº 6.904 de 28/04/2025

() Portaria MS/GM nº 6.928 de 28/05/2025

INSTITUIÇÕES CONTRATUALIZADAS

(relacionar a(s) Portaria(s) de repasse de recurso)

Portaria MS/GM nº 7484 de 07/07/2025 - R\$ 100.000,00

Valor Total da(s) Portaria(s): R\$ 100.000,00

**INSTITUIÇÃO: SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE PE. EUGENIO
MEDICHESCHI**

CNES: 2235447

MUNICÍPIO: RONDINHA - RS

Por meio do presente documento, declaro, para os devidos fins, o compromisso institucional com a execução dos procedimentos, consultas e/ou exames, conforme códigos relacionados a seguir, em estrita conformidade com as disposições previstas no **Instrumento Contratual nº 2024/0390.0.00/2024, vigente até 25/06/2029**, firmado com a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em consonância ao plano de Trabalho cadastrado sistema InvestSUS.

Informar **por linha** o(s) grupo(s) ou subgrupo(s) objeto(s) de execução, para atingimento de 100% da meta, como segue: **Grupo 02 discriminado em subgrupo** – exames/diagnósticos e/ou no **Grupo 03** - internações clínicas (bloco hospitalar) e/ou **Grupo 04** – procedimentos cirúrgicos com os respectivos valores.

Código por grupo/subgrupo	Valor por grupo/subgrupo
Subgrupo 02.04 – Diagnóstico por Radiologia	R\$ 10.000,00



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Subgrupo 02.05 – Diagnóstico por Ultrassonografia	R\$ 10.000,00
Subgrupo 02.11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades	R\$ 30.000,00
03 - Procedimentos Clínicos	R\$ 50.000,00
Total	R\$100.000,00

Informo que os serviços ora assumidos serão executados com base nas ações de saúde de **média/alta complexidade ambulatorial e/ou hospitalar**, já contempladas no escopo do referido contrato, respeitando-se os quantitativos e diretrizes pactuados.

Comprometo-me, ainda, a realizar **integralmente** a execução dos procedimentos e exames contratualizados **até o último dia do exercício financeiro subsequente ao ingresso dos recursos no Fundo Estadual de Saúde**, ou seja, até **31 de dezembro**, conforme legislação vigente e, estou ciente de que a inexecução ou execução parcial da meta, acarretará devolução proporcional do recurso.

Declaro, igualmente, que a **prestação de contas referente à aplicação dos recursos recebidos**, sob a forma de **cumprimento contratual**, será comprovada através de parecer técnico da **Comissão de Acompanhamento de Contratos – CAC em relatório final**, no prazo máximo de **90 (noventa) dias corridos após o encerramento do período de execução** que comporá Processo Administrativo.

Nestes termos, firmo o presente compromisso para que produza os efeitos legais cabíveis.

ROGÉRIO GOBBI
Presidente
Data:17/09/2025