

(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

**TERMO DE COMPROMISSO PARA PAGAMENTO DE INCENTIVOS DE CUSTEIO ATÉ O 5º DIA ÚTIL**

A **Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde** abaixo identificada, representada por seu **Secretário (a) (Estadual ou Municipal)** de Saúde, torna público o compromisso assumido nos autos deste Termo.

O referente Termo de Compromisso estabelece prazo de até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo **estadual/distrital/municipal de saúde**, para que os gestores efetuem o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam assistência de forma complementar ao SUS, conforme determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 6 de outubro de 2017, Seção IV.

Fica estabelecido que o gestor realize a contratualização de imediato para o estabelecimento de saúde que prestará assistência de forma complementar ao SUS, conforme determinações da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União (D.O.U.).

A Secretaria <ESTADUAL OU MUNICIPAL DE XXXX>

MUNICÍPIO:

ESTADO:

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR:

CNES:

ENDEREÇO:

Município/UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

Carimbo do (a) Secretário (a)  
LOCAL, de de 20XX.

Assinatura do Representante da Instituição

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante da Instituição

(OBS: Nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade).