



**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 200 DE 27 DE MARÇO DE 2026.**

Dispõe sobre normas e fluxo para organização do acesso às ações de planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde no âmbito do SUS no Estado de Mato Grosso.

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**, no uso de suas atribuições legais e considerando:

**I-A Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;

**II- A Lei Nº 14.443, de 02 de setembro de 2022**, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar;

**III- A Nota Técnica Nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS**, onde o Ministério da Saúde enfatiza a importância dos(as) profissionais enfermeiros(as) como estratégia de ampliação do acesso ao DIU para a satisfação das necessidades contraceptivas das adolescentes, mulheres e pessoas com útero.

**IV- A Portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de abril de 2021**, que torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

**V- Portaria SECTICS/MS Nº 47, de 8 de julho de 2025**, torna pública a decisão de ampliar o uso, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para mulheres adultas entre 18 e 49 anos.

**VI- Portaria SECTICS/MS Nº 48, de 08 de julho de 2025**, que torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel para adolescentes de 14 a 17 anos.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Estabelecer normas e fluxos para organização do acesso às ações de planejamento reprodutivo no Estado de Mato Grosso, conforme Anexos I, II e III desta resolução.

**Art. 2º** Revogam-se as Resoluções CIB/MT nº 359 e 360 de 04 de setembro de 2025.

**Art. 3º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Cuiabá/MT, 27 de março de 2026.

  
\_\_\_\_\_  
**Gilberto Gomes de Figueiredo**  
Presidente da CIB/MT

  
\_\_\_\_\_  
**Marco Antônio Norberto Felipe**  
Presidente do COSEMS/MT

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 200 DE 27 DE MARÇO DE 2026.**

**1. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E CONTRACEPÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**I. Sobre Planejamento Reprodutivo:**

- a) Deve estar vinculado ao direito de as pessoas decidirem de forma livre e informada se querem ou não ter filhos, quantos e em que momento de suas vidas, além de poder exercer sua sexualidade e reprodução livres de discriminação, imposição ou violência (BRASIL, 2023).

**II. As equipes de Atenção Primária à Saúde, independentemente do tipo, devem:**

- a) Informar e orientar sobre os métodos contraceptivos disponíveis;  
b) Promover o acesso aos diversos métodos e técnicas de contracepção disponíveis no SUS;  
c) Orientar quanto à prática do sexo seguro;  
d) Realizar atividades educativas, individuais e em grupo, relacionadas à sexualidade e contracepção;  
e) Ofertar consulta médica e/ou de enfermagem, com profissional qualificado no tema;  
f) Orientar sobre o preenchimento e anexar uma cópia ao prontuário do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inserção de Dispositivo Intrauterino – DIU (ANEXO 1.1)” nos casos em que a usuária optar por este método;  
g) Encaminhar a usuária à Unidade de Saúde que realizará a inserção do DIU, nos casos em que a equipe não possua profissional qualificado para a inserção do método contraceptivo;  
h) Orientar o usuário que optar pela esterilização cirúrgica definitiva quanto à obrigatoriedade do preenchimento e assinatura do ANEXO 1.2 (Ficha de Registro de expressa manifestação da vontade de esterilização cirúrgica – Laqueadura Tubária ou Vasectomia), documento que formaliza sua manifestação de vontade, a partir do qual se inicia o prazo legal mínimo de 60 dias entre o consentimento informado e a realização do procedimento;  
i) Compartilhar o cuidado dos usuários que optarem pela esterilização definitiva com as Equipes Multidisciplinares de Aconselhamento (EMA);  
j) Manter a continuidade do cuidado para os usuários submetidos à cirurgia de esterilização definitiva.

**III. A Unidade de Saúde responsável pela inserção do DIU deverá:**

- a) Possuir médico(a) e/ou enfermeiro(a) qualificado(a);  
b) Manter registro que comprove a qualificação profissional (ANEXO 1.3 – Declaração de Qualificação Profissional para Inserção de DIU);  
c) Monitorar possíveis efeitos adversos;  
d) Avaliar periodicamente a paciente;



**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**

- e) Informar sobre os atendimentos realizados à SMS que remeterá o relatório consolidado (ANEXO 1.4) ao ERS para fins de monitoramento.

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 200 DE 27 DE MARÇO DE 2026.**

**2. IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE  
ACONSELHAMENTO (EMA)**

A. Para implantação da EMA, a Secretaria Municipal de Saúde/Hospital deverá:

- I. Designar equipe mínima, que poderá atuar em qualquer nível de atenção, e poderá ser formada por profissionais de diferentes unidades, composta preferencialmente por membro titular e suplente e no mínimo as seguintes categorias profissionais:
  - a. 1 médico;
  - b. 1 enfermeiro;
  - c. 1 psicólogo;
  - d. 1 assistente social;
- II. Submeter ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) a composição da equipe conforme “Ficha de Cadastro da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento – EMA”, disponível no ANEXO 2.1, para emissão de resolução;
- III. Montar e instruir o processo de cadastro incluindo, obrigatoriamente, cópia do registro profissional ativo (CRM/COREN/CRP/CRESS) de todos os profissionais que compõem a equipe;
- IV. Encaminhar ao Escritório Regional de Saúde (ERS) documentação para análise e apreciação na CIR:
  - a. Ofício de solicitação de implantação da EMA, assinado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde;
  - b. Cópia da Resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS);
  - c. Cópias dos documentos dos profissionais (conforme item III);

B. O Escritório Regional de Saúde (ERS) deverá:

- I. Emitir parecer técnico sobre a solicitação;
- II. Pactuar a solicitação em CIR e após publicação da Resolução, informar ao município/hospital sobre a aprovação;
- III. Realizar o monitoramento de implantação de EMAs na Região de Saúde.

C. Quando houver alteração na composição da EMA a SMS deverá informar a CIR, por meio de ofício, as alterações realizadas, encaminhando a documentação dos novos integrantes.

**3. PAPEL DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE ACONSELHAMENTO  
(EMA) NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A. As EMAs deverão reforçar as ações de prevenção e promoção em planejamento reprodutivo, cabendo a elas:

- I. Desenvolver ações de prevenção e promoção em Planejamento Reprodutivo, não isentando a Atenção Primária no desempenho de seu papel;

## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

- II. Sensibilizar, orientar e conscientizar o usuário sobre todos os métodos contraceptivos reversíveis, a fim de que os procedimentos cirúrgicos irreversíveis venham a se constituir como último recurso;
- III. Elaborar cronograma de atendimento (semanal, quinzenal ou mensal) contendo as atividades coletivas e individuais realizadas com participação de todos os profissionais da equipe;
- IV. Orientar sobre contracepção pós-parto e pós abortamento imediato;
- V. Quando o usuário, após aconselhamento, optar pelo procedimento cirúrgico de esterilização definitiva (laqueadura tubária ou vasectomia), a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) deverá:
  - a. Emitir parecer técnico sobre o pedido de esterilização definitiva, considerando as condições clínicas do usuário, através do ANEXO 2.2 “Ficha de Parecer e Encaminhamento para realização de procedimento de esterilização definitiva (Laqueadura Tubária ou Vasectomia)” em duas vias;
  - b. Orientar o usuário sobre o conteúdo do “Termo de Responsabilidade do Usuário” e coletar a assinatura em duas vias (ANEXO 2.3);
  - c. Incluir o usuário no sistema de regulação municipal para agendamento do procedimento cirúrgico de esterilização (laqueadura tubária ou vasectomia) em unidades credenciadas e pactuadas com o município;
  - d. Informar à unidade de referência no território do usuário sobre a necessidade de acompanhamento pós procedimento garantindo a continuidade do cuidado.

### **B. Sobre município que não possuir profissionais para compor a EMA:**

- I. Deverá garantir o acesso de sua população ao aconselhamento reprodutivo (seja na forma de serviço regional ou quaisquer outros arranjos locais) de forma a ofertar a escolha livre e informada à sua população;
- II. Pactuar em CIR de que forma o acesso será ofertado.

## **4. FLUXO DE RELATÓRIOS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS EQUIPES**

- A. A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará ao Escritório Regional de Saúde (ERS), por meio eletrônico (e-mail institucional ou sistema integrado), o ANEXO 2.4 (Consolidado de Atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento), sempre ao final de dezembro e julho de cada ano;
- B. O Escritório Regional de Saúde (ERS) deverá encaminhar à Coordenadoria de Organização da Rede de Atenção à Saúde/Superintendência de Atenção à Saúde (SAS/SES-MT), os relatórios consolidados por meio eletrônico ou sistema integrado, ao final dos meses de julho e dezembro de cada exercício, com a finalidade de subsidiar o monitoramento, a avaliação e a análise, pela Área Técnica de Saúde da Mulher, da coerência entre o quantitativo de procedimentos cirúrgicos realizados e a dispensação dos métodos contraceptivos reversíveis, especialmente o Dispositivo Intrauterino (DIU), enquanto estratégia de qualificação da atenção à saúde reprodutiva.



## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

### ANEXO III DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 200 DE 27 DE MARÇO DE 2026.

#### 1. CREDENCIAMENTO DE NOVOS SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA (LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA) E ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS

- A. Os serviços hospitalares (municipais/estaduais) que manifestarem interesse em se credenciar para a realização dos procedimentos de esterilização definitiva (laqueadura tubária e vasectomia) deverão:
- I. Possuir equipe qualificada para a realização dos procedimentos cirúrgicos;
  - II. Solicitar, via ofício, o credenciamento à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) incluindo o formulário disponível no ANEXO 3.1. Os serviços hospitalares sob gestão estadual deverão encaminhar à solicitação diretamente ao Escritório Regional de Saúde (ERS) de abrangência;
  - III. A Secretaria Municipal de Saúde enviará ofício ao Escritório Regional de Saúde com a solicitação de credenciamento da unidade hospitalar;
  - IV. O Escritório Regional de Saúde irá verificar a documentação, emitir parecer técnico, elaborar Proposição Operacional (PO) e solicitar pauta na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR);
  - V. Após publicação da PO, o processo será remetido à Coordenadoria de Atenção Secundária/Superintendência de Atenção à Saúde para análise;
  - VI. A Coordenadoria de Atenção Secundária irá analisar a documentação, elaborar minuta de Resolução e encaminhar para deliberação na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
  - VII. Após publicação da Resolução CIB/MT, o ERS encaminhará cópia à SMS que informará à unidade solicitante. Para as unidades sob gestão estadual o ERS encaminhará diretamente à unidade.
- B. Após publicação da Resolução CIB/MT a unidade solicitante deverá operacionalizar o registro da habilitação no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

#### 2. CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO E PÓS ABORTAMENTO IMEDIATO

- A. A inserção do DIU de cobre pós-parto ou pós abortamento imediato deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas após o parto ou abortamento;
- B. Para a inserção do DIU no pós-parto deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação;
- C. O procedimento 03.01.04.002-8 – ATENDIMENTO CLÍNICO PARA INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU quando realizada a inserção imediata do DIU pós-parto e pós-abortamento.



**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**  
**3. SOBRE A ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA:**

- A.** A esterilização voluntária somente acontecerá após o período obrigatório de 60 (sessenta) dias entre o primeiro atendimento e o ato operatório;
- B.** Apenas homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade OU com pelo menos 02 (dois) filhos vivos;
- C.** A Unidade Hospitalar Habilitada deverá receber o usuário regulado e conferir a seguinte documentação: documentação pessoal completa, Ficha de Parecer e Encaminhamento para Realização de Procedimento Cirúrgico de Esterilização Definitiva – Laqueadura Tubária ou Vasectomia (ANEXO 2.2) e o Termo de Responsabilidade do Usuário (ANEXO 2.3);
- D.** Após a realização do procedimento a Unidade Hospitalar Habilitada deverá preencher a “Ficha Individual de Notificação Compulsória de Realização dos Procedimentos Cirúrgicos de Esterilização Definitiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia” (ANEXO 3.2);
- E.** A Unidade Hospitalar deverá informar a unidade de referência no território do usuário sobre a realização do procedimento, com vistas ao compartilhamento do cuidado.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 1.1

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSERÇÃO  
DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU**

Eu, \_\_\_\_\_  
com data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrição no CPF N° \_\_\_\_\_,  
residente no endereço \_\_\_\_\_  
na cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
manifesto o desejo de submeter-me à inserção de Dispositivo Intrauterino - DIU, por  
minha livre e espontânea vontade, e declaro que:

1. Tive orientação sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;
2. Recebi informação detalhada sobre como funciona o DIU e de como é feita a inserção, bem como seus benefícios e riscos. A equipe de saúde respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender;
3. Estou ciente que é um método considerado reversível, e que posso solicitar sua retirada a qualquer momento;
4. Tive informação sobre a sua duração, e que terei que fazer acompanhamento periódico, conforme orientado pela equipe de saúde;
5. Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo o DIU, tem chance de falha, e recebi da equipe de saúde a informação sobre a probabilidade de falha;
6. Tive informação que o DIU não previne Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e que foi esclarecida a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS;
7. Caso eu seja gestante, recebi informação de que é possível colocar um DIU na mesma internação do parto normal e/ou parto cesárea ou da interrupção da gravidez;
8. Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a inserção do DIU, tem chance de complicações, a equipe de saúde explicou quais são elas e a probabilidade estimada de cada uma acontecer;
9. Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

**Outras observações:**

---

---

\_\_\_\_\_  
(Assinatura - paciente ou responsável legal)



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

Nome do profissional da saúde:

\_\_\_\_\_

Número do conselho de classe/UF:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura – profissional da saúde)

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Observação:** Este Termo deve ser preenchido por meio eletrônico ou em no mínimo duas vias impressas originais.

Uma delas deve ser anexada ao prontuário (nos casos de prontuário físico) e a outra obrigatoriamente entregue à pessoa que será submetida ao procedimento.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 1.2

FICHA DE REGISTRO DA EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE  
ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA – LAQUEADURA TUBÁRIA OU  
VASECTOMIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
com inscrição no CPF nº \_\_\_\_\_, com data de nascimento  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, manifesto o desejo de submeter-me ao procedimento de  
**esterilização cirúrgica definitiva.**

Sei que, entre a manifestação da minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico, deverão se passar ao menos **60 dias a partir da assinatura desta solicitação.** Durante esse período terei a chance de refletir sobre minha decisão a partir das orientações dos profissionais de saúde.

A esterilização voluntária definitiva será realizada por meio cirúrgico – Laqueadura Tubária ou Vasectomia.

Estou ciente que estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Local: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 1.3

DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA INSERÇÃO DE  
DIU

Eu, \_\_\_\_\_  
profissional médico(a) (  ) enfermeiro(a) (  ), portador do Registro Profissional nº  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que sou qualificado(a) para a realização de  
inserção do Dispositivo Intrauterino – DIU.

Declaro verdadeiras as informações acima citadas.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do Secretário Municipal de Saúde

DATA...../...../.....

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**  
**ANEXO 1.4**

RELATÓRIO CONSOLIDADO – INSCRIÇÃO DE DIU		
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (ERS):		
MUNICÍPIOS:		
MÊS/ANO:		
FAIXA ETÁRIA	Nº DE USUÁRIOS(AS) ATENDIDOS(AS)	Nº USUÁRIOS(AS) QUE DESISTIRAM/NÃO COMPARECERAM
10 - 14		
15 - 19		
20 - 24		
25 - 29		
30 - 34		
35 - 39		
40 - 44		
45 - 49		
50+		

Carimbo e assinatura do responsável pelo preenchimento

DATA:...../...../.....



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 2.1

FICHA DE CADASTRO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO – EMA		
MUNICÍPIO:		
LOCAL ONDE ACONTECERÁ O ATENDIMENTO:		
CATEGORIA PROFISSIONAL	NOME DO PROFISSIONAL	REGISTRO DO CONSELHO
MÉDICO (A)		
ENFERMEIRO (A)		
PSICÓLOGO (A)		
ASSISTENTE SOCIAL		
OUTROS PERFIS		

**Orienta e disponibiliza métodos contraceptivos?**

Não ( ) Sim ( )

Métodos naturais: \_\_\_\_\_

Métodos de barreira: ( ) preservativo masculino ( ) preservativo feminino ( ) diu de cobre  
( ) outros

Métodos hormonais: ( ) oral combinado ( ) minipílula ( ) pílula de emergência  
( ) injetável mensal ( ) injetável trimestral ( ) implante subdérmico

\_\_\_\_\_  
Secretário(a) Municipal de Saúde  
(carimbo e assinatura)

DATA: ...../...../.....



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 2.2

FICHA DE PARECER E ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA – LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA	
MUNICÍPIO:	
UNIDADE DE SAÚDE/CNES:	
DATA DO ATENDIMENTO	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO</b>	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
GÊNERO:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
CARTÃO SUS:	CPF:
ESTADO CIVIL:	RAÇA/COR:
GRAU DE ESCOLARIDADE:	
ENDEREÇO COMPLETO:	
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b>	
NÚMERO DE PARTOS VAGINAIS:	NÚMERO DE PARTOS CESARIANA:
NÚMERO DE FILHOS VIVOS:	NÚMERO DE ABORTOS:
DOENÇAS ASSOCIADAS: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS?	
CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS OU NÃO À GESTAÇÃO:	

A Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) orientou e ofertou os métodos e técnicas contraceptivos disponíveis no sus?

**Métodos de Barreira:** ( ) preservativo masculino ( ) preservativo feminino ( ) diu de cobre

**Métodos Hormonais:** ( ) oral combinado ( ) minipílula ( ) pílula de emergência  
( ) injetável mensal ( ) injetável trimestral ( ) implante subdérmico  
( ) Outros. Quais?

Procedimento cirúrgico solicitado: ( ) Laqueadura Tubária ( ) Vasectomia

Data da manifestação da vontade cirúrgica: ...../...../.....



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

PARECER DA EQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

Favorável ( )	Laqueadura Tubária ( )	Vasectomia ( )
Desfavorável ( )		

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura – Médico(a)

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura – Enfermeiro(a)

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura – Psicólogo(a)

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura – Assistente Social

DATA: ...../...../.....



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 2.3  
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO

Eu \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Número do Cartão SUS \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Número de filhos vivos \_\_\_\_\_

**Desejo, voluntariamente, submeter-me à contracepção cirúrgica.**

Estou ciente que:

1. Tenho conhecimento sobre outros métodos contraceptivos, os quais me foram oferecidos;
2. Estou consciente que a contracepção cirúrgica (Laqueadura Tubária ou Vasectomia) é um método definitivo e que as tentativas de reversão não têm sucesso garantido e nem são oferecidos de modo rotineiro;
3. Estou consciente que toda e qualquer cirurgia tem os seus riscos operatórios;
4. Estou consciente que ocasionalmente este método pode falhar;
5. Estou consciente que com a cirurgia interrompo minha fertilidade, que caso contrário poderia se prolongar por vários anos.;
6. Estou ciente que a cirurgia não previne Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e que foi esclarecida a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.

**Declaro que as informações acima são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) usuário (a)

DATA:...../...../.....



SES  
Secretaria  
de Estado  
de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 2.4

RELATÓRIO CONSOLIDADO – ATENDIMENTOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ACONSELHAMENTO						
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (ERS):						
MUNICÍPIOS:						
MÊS/ANO:						
FAIXA ETÁRIA	Nº DE ATENDIMENTOS		Nº ENCAMINHAMENTOS PARA CIRURGIA	Nº ENCAMINHAMENTO S PARA INSERÇÃO DE DIU	Nº DE ENCAMINHAMENTO S PARA OUTROS MÉTODOS	
	MULHERES	HOMENS				
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50+						

Carimbo e assinatura do responsável pelo preenchimento

DATA:...../...../.....



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 3.1

FICHA DE SOLICITAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (LAQUEADURA TUBÁRIA E/OU VASECTOMIA)		
SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902)	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO	DATA:
<input type="checkbox"/> LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901)		
<input type="checkbox"/> VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902) E LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901)		
INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO		
MUNICÍPIO:	UF:	IBGE:
INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO		
CNPJ:	CNES:	
RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:		
LOGRADOURO:		
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:
TIPO DE GESTÃO		
<input type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> ESTADUAL	<input type="checkbox"/> DUPLA
O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE COMPROMETE A INTEGRAR A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS, SOB REGULAÇÃO DE SEU RESPECTIVO GESTOR, COM GARANTIA DE ACESSO AOS DIVERSOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ASSIM COMO AO ACONSELHAMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA A EFETIVAÇÃO DESTES DIREITOS, EM SERVIÇO PRÓPRIO OU REFERENCIADO.		
NOME DO SOLICITANTE:		
CARGO DO SOLICITANTE:		
ASSINATURA DO SOLICITANTE:		



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO 3.2

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA (LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA)		
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR		
NOME:		
CNES:	CNPJ:	
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO:		
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO:		CRM:
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
NOME:		
NOME SOCIAL:		
CPF:	GÊNERO:	IDADE:
RAÇA/COR:	Nº DE FILHOS VIVOS:	
GRAU DE ESCOLARIDADE:	ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:		
TIPO DE PARTO: ( ) VAGINAL ( ) CESÁREA		Nº DE PARTOS:
DOENÇAS ASSOCIADAS: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS?		
CONDIÇÕES CLÍNICAS:		
USAVA MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: ( ) NÃO ( ) SIM. QUAIS?		
DADOS DA INTERNAÇÃO		
LAQUEADURA TUBÁRIA	( ) SIM ( ) NÃO	
PARTO COM LAQUEADURA TUBÁRIA	( ) SIM ( ) NÃO	
DATA DO PROCEDIMENTO		
VASECTOMIA:	( ) SIM ( ) NÃO	
DATA DO PROCEDIMENTO:		

Carimbo e assinatura do responsável pelo preenchimento