

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.**

Dispõe sobre normas e fluxo para implantar Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento – EMA para ações de planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidade Especializadas 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, que, com base nos Princípios Estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher (COSMU) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (DGCI/SAPS/MS) emite considerações e recomendações sobre a oferta, inserção e retirada do Dispositivo Intrauterino (DIU); e que, neste contexto, a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada devem promover o acesso a diversos métodos e técnicas de contracepção, bem como informações e orientações sobre eles, respeitando a autonomia e a individualidade das pessoas, especialmente no que concerne à contracepção secundária após eventos obstétricos (pós-parto e pós-aborto);

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 - A Portaria SECTICS/MS nº 48, de 8 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;

VI - A Portaria SECTICS/MS nº 47, de 8 de julho de 2025 que 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.

VII - A Resolução CIB nº 007 de 10 de fevereiro de 2011 que dispõe sobre normas de procedimentos para Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito do SUS no Estado de Mato Grosso.

RESOLVE:

GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO:174
82445153

Assinado de forma digital
por GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:1748244515
3
Dados: 2025.09.08
11:31:33 -04'00'



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

Art. 1º Ficam estabelecidas normas e fluxos para implantar Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) para executar ações de Planejamento Familiar conforme as Leis 9.263/1996 e 14.443/2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso.

Art. 2º Usuários que manifestarem interesse em esterilização definitiva, conforme Leis 9.263/1996 e 14.443/2022 e outras que virem a substituí-las, serão encaminhados à unidade de saúde com EMA no município.

Art. 3º Para implantação da EMA, a Secretaria Municipal de Saúde deverá:

I. Solicitar ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) a aprovação do processo de implantação da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento;

II. Designar equipe mínima composta por:

- a)** 1 médico;
- b)** 1 enfermeiro;
- c)** 1 psicólogo;
- d)** 1 assistente social;

III. Elaborar processo de implantação incluindo obrigatoriamente cópia do Registro Profissional ativo (CRM/COREN/CRP/CRESS) no ANEXO I;

Art. 4º A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará ao Escritório Regional de Saúde (ERS):

I. Ofício de solicitação de implantação da EMA, assinado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde;

II. Documentação comprobatória da unidade, Ficha CNES atualizada;

III. Cópia da Resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS);

IV. Cópias dos documentos dos profissionais (conforme item III do Art. 3º);

V. Solicitação formal de pauta na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Art. 5º O Escritório Regional de Saúde (ERS) deverá encaminhar via SIGADOC à Coordenadoria de Atenção Secundária, vinculada à Superintendência de Atenção à Saúde da SES/MT:

I. Ofício de solicitação de implantação da EMA, assinado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde;

II. Documentação comprobatória da unidade, Ficha CNES atualizada;

III. Cópia da Resolução do Conselho Municipal de Saúde (CMS);

IV. Cópias dos documentos dos profissionais (conforme item III do Art. 3º);

V. Parecer Técnico do ERS aprovando a solicitação de implantação da EMA;

VI. Proposição Operacional da Comissão Intergestores Regional (CIR) para posterior deliberação na CIB-MT.

Parágrafo Único - A Coordenadoria de Atenção Secundária, vinculada à Superintendência de Atenção à Saúde da SES/MT, elaborará minuta de resolução e encaminhará para deliberação em CIB-MT.

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

Art. 6º As EMAs reforçarão ações de prevenção e promoção em planejamento familiar na Atenção Primária, conforme as Leis 9.263/1996 e 14.443/2022.

I. Caberá às EMAs:

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

b) 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;

Art. 7º As EMAs elaborarão cronograma de atendimento (semanal, quinzenal ou mensal) contendo:

I. Atividades coletivas sobre métodos contraceptivos do SUS;

II. Ações de planejamento familiar conforme Lei 9.263/1996;

III. Participação obrigatória de médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social.

Art. 8º A Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) emitirá parecer técnico conjunto com o usuário sobre o método contraceptivo a ser adotado, considerando:

I. Condições clínicas individuais;

II. Disponibilidade no SUS;

III. Preenchimento obrigatório do ANEXO II (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

§ 1º O parecer técnico será registrado no ANEXO IV (Ficha de Parecer e Encaminhamento) apresentando a concordância ou discordância quanto aos seguintes procedimentos:

a) Laqueadura tubária;

b) Vasectomia.

§ 2º Em caso de parecer desfavorável, a EMA deverá:

a) Orientar sobre métodos contraceptivos reversíveis disponíveis no SUS, incluindo inserção de DIU ou implante subdérmico;

b) Encaminhar o usuário à UBS de referência para acesso contínuo a esses métodos.

Art. 9º Após aconselhamento, se a usuária optar pela inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU):

I. A usuária preencherá o ANEXO II (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido);

II. Será encaminhada pela Equipe EMA à Unidade de Saúde pactuada no município para realização do procedimento.

§ 1º A inserção do DIU poderá ser realizada na Unidade Básica de Saúde desde que esta disponha de profissional médico ou enfermeiro qualificado, e/ou em maternidades para fins de anticoncepção pós-parto ou pós abortamento imediatas.

§ 2º A Unidade de Saúde responsável pela inserção deverá:

a) Garantir médico(a) ou enfermeiro(a) qualificado(a);

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

b) Manter o documento de comprovação da qualificação profissional no ANEXO III (Declaração de Qualificação Profissional para Inserção de DIU);

§ 3º Caberá à UBS de referência do território da usuária o acompanhamento pós-inserção do DIU, incluindo:

a) Monitoramento de efeitos adversos;

b) Avaliação periódica do dispositivo;

c) Continuidade do cuidado integral.

§ 4º Caberá as Maternidades:

I. A anticoncepção pós-parto ou pós abortamento imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento.

II. Para a anticoncepção pós-parto ou pós abortamento imediato, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação.

III. A anticoncepção pós-parto ou pós abortamento imediato deverá ser implementado por meio de ações que assegurem os direitos sexuais e reprodutivos, tais como:

a) aconselhamento focado na autonomia e garantia do direito ao exercício livre e seguro da sexualidade e à escolha quanto à opção e ao momento de engravidar, realizado na atenção básica e também nos momentos de internação hospitalar para o parto e para a atenção ao abortamento em todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes;

b) disponibilização da inserção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento; e

c) acompanhamento pelas equipes da Unidade Básica e da EMA, com esclarecimentos de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias;

IV. A implantação do DIU de cobre no pós-parto e pós-abortamento imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo da Equipe EMA com as maternidades.

V. As maternidades que contarem com atenção ambulatorial devem também ofertar a inserção do DIU de intervalo, assim considerado aquele inserido fora do período de pós-parto e pós-abortamento.

VI. O procedimento 03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO 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.

Art. 10º - Para encaminhamento a procedimentos cirúrgicos de esterilização (laqueadura tubária ou vasectomia), a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) deverá:

I. Emitir parecer técnico sobre o pedido de esterilização definitiva, considerando as condições clínicas do usuário, conforme ANEXO IV (Ficha de Parecer e Encaminhamento para Realização

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
do Método Contraceptivo) que deverá ser entregue ao usuário, para apresentação na Unidade de Saúde que realizará o procedimento;

II. Orientar o usuário sobre o conteúdo do ANEXO V (Termo de Responsabilidade) e obter assinatura em 2 vias, posteriormente:

a) Encaminhar a 1ª via à Central de Regulação, por meio do sistema ou conforme as normas e o fluxo definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para essa finalidade

b) Entregar a 2ª via ao usuário para apresentação na Unidade de Saúde que realizará o procedimento;

III. Incluir o usuário no sistema de regulação municipal para agendamento de procedimentos cirúrgicos de esterilização (laqueadura tubária ou vasectomia) em unidades credenciadas e pactuadas com o município.

§ 1º A esterilização voluntária somente poderá ser realizada após o cumprimento do prazo mínimo obrigatório de 60 (sessenta) dias entre o primeiro atendimento e o procedimento cirúrgico, inclusive nos casos de gestantes que manifestarem interesse na realização de laqueadura tubária durante o parto, conforme estabelecido na Lei nº 14.443/2022.

§ 2º Os critérios mínimos para a realização do procedimento são: homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, conforme a Lei nº 14.443/22.

Art. 11º A Unidade de Saúde de referência para os procedimentos de esterilização definitiva (Laqueadura Tubária e Vasectomia), deverá:

I. Receber o usuário regulado com as seguintes documentações:

a) Documentação pessoal completa (**RG, CPF e Cartão Nacional do SUS**),

b) Ficha de Parecer e Encaminhamento para Realização do Método Contraceptivo (ANEXO IV);

c) Termo de Responsabilidade (ANEXO V).

II. Realizar consulta médica e solicitar exames pré-operatórios, (se necessário) conforme protocolos clínico-assistenciais adotados pela unidade.

III. A documentação citada no inciso I deverá ser anexada no prontuário do paciente;

IV. Observar o prazo mínimo legal de 60 (sessenta) dias entre a manifestação formal do desejo e a realização da esterilização, conforme previsto na Lei nº 9.263/1996;

V. Executar o procedimento cirúrgico com equipe habilitada, assegurando condições adequadas de segurança, infraestrutura e registrar em prontuário;

VI. Fornecer orientações adequadas no momento da alta, incluindo cuidados pós-operatórios e sinais de alerta;

VII. Encaminhar o usuário para continuidade do cuidado integral em seu território, vinculado a uma equipe da Atenção Primária à Saúde, garantindo o cuidado compartilhado e a continuidade do acompanhamento.

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

§ 1º Caberá à UBS de referência do território o acompanhamento pós-procedimento, garantindo continuidade assistencial.

Art. 12º Após o procedimento o profissional médico responsável pela cirurgia deverá preencher a Ficha Individual de Notificação Compulsória de Laqueadura Tubária e Vasectomia (ANEXO VIII), conforme a Lei nº 9.263/96.

Art. 13º As Equipes Multidisciplinares de Aconselhamento (EMA) enviarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, por meio eletrônico (e-mail institucional ou sistema integrado), relatório de atendimento, padronizado conforme ANEXO VI (Relatório de Atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento).

Art. 14º A Secretaria Municipal de Saúde consolidará os dados de todas as EMAs do município e encaminhará ao Escritório Regional de Saúde (ERS), por meio eletrônico (e-mail institucional ou sistema integrado), o Relatório consolidado padronizado no ANEXO VII (Consolidado de atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento), semestralmente, até o 15º dia do mês subsequente ao término do semestre (janeiro/julho).

Art. 15º O ERS encaminhará os relatórios consolidados à Coordenadoria de Atenção Secundária da SAS/SES-MT, por meio eletrônico (sistema integrado), semestralmente, até o 5º dia útil do segundo mês de cada semestre (fevereiro/agosto).

Art. 16º - Ficam estabelecidas as seguintes normas para operacionalização das EMAs:

I. As Equipes Multidisciplinares de Aconselhamento (EMA) poderão atuar em qualquer nível de atenção à saúde;

II. Municípios sem estrutura de EMA garantirão acesso aos serviços de planejamento familiar por meio das UBS ou eMulti;

III. Substituições ou alterações na composição da EMA exigirão:

a) Atualização imediata da documentação;

b) Registro formal em ata da CIR.

§ 1º. Nos casos de substituição temporária, não é exigida aprovação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR).

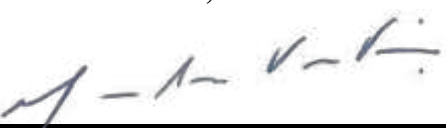
Art. 17º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CIB/MT nº 007 de 10 de fevereiro de 2011.

GILBERTO GOMES
DE
FIGUEIREDO:1748
2445153

Assinado de forma digital
por GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:17482445153
Dados: 2025.09.08
11:32:46 -04'00'

Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB/MT

Cuiabá/MT, 04 de setembro de 2025.



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 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

FICHA DE CADASTRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU UNIDADE ESPECIALIZADA
PARA IMPLANTAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO - EMA

UNIDADE DE SAÚDE:		
CNES:	CNPJ:	
MUNICÍPIO:		
ENDEREÇO COMPLETO DA UNIDADE:		
NÚMERO DE CONSULTÓRIOS:		
PERFIL	NOME DO PROFISSIONAL	REGISTRO DO CONSELHO
MÉDICO (A)		
ENFERMEIRO (A)		
PSICÓLOGO (A)		
ASSISTENTE SOCIAL		
OUTROS PERFIS		

**UBS OU UNIDADE ESPECIALIZADA ORIENTA E DISPONIBILIZA MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS?**

NÃO () SIM () QUAIS? _____

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

DIRETOR (A) DA UNIDADE
(CARIMBO E ASSINATURA)

SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE
(CARIMBO E ASSINATURA)

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

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

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

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

Eu, _____

_____,
com data de nascimento ____/____/____, inscrição no CPF Nº _____, 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 para os devidos fins:

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. Caso ocorra alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, será explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.
10. 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)

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 no prontuário, e a outra obrigatoriamente entregue à pessoa que será submetida ao procedimento.

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

ANEXO III DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

DECLARAÇÃO PROFISSIONAL DE QUALIFICAÇÃO PARA INSERÇÃO DE DIU

EU.....

.....,

PROFISSIONAL: MÉDICO(a) () ENFERMEIRO(a) (), PORTADOR DO REGISTRO
PROFISSIONAL Nº, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE SOU
APTO(a) PARA A REALIZAÇÃO DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA UTERINO –
DIU.

DECLARO VERDADEIRAS, AS INFORMAÇÕES ACIMA CITADAS.

Carimbo e assinatura do médico

Carimbo e assinatura do Secretário Municipal de Saúde

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

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

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

FICHA DE PARECER E ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

NOME DA UNIDADE DE ORIGEM EMA:	
CNES:	
MUNICÍPIO:	
ENDEREÇO COMPLETO:	
DATA DA CONSULTA:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
GÊNERO:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
CARTÃO SUS:	CPF:
ESTADO CIVIL:	RAÇA/COR:
GRAU DE ESCOLARIDADE:	
ENDEREÇO COMPLETO:	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:	
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:	

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

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? _____

ENCAMINHADA PARA A INSERÇÃO DE DIU: () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOLICITADO: () LAQUEADURA TUBÁRIA () VASECTOMIA () NÃO SE APLICA

DATA DA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE CIRÚRGICA:/...../.....

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS: _____

PARECER DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO PARA ENCAMINHAMENTO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CONFORME CRITÉRIOS DA LEI 14.443/2022:

FAVORÁVEL ()	LAQUEADURA TUBÁRIA ()	VASECTOMIA ()
DESFAVORÁVEL ()		

Carimbo e assinatura do MÉDICO (A):

Carimbo e assinatura do ENFERMEIRO (A):

Carimbo e assinatura do PSICÓLOGO (A):

Carimbo e assinatura do (A) ASSISTENTE SOCIAL:

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

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

ANEXO V DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ESTERILIZAÇÃO
DEFINITIVA**

Eu.....

.....

CPF:..... Número do Cartão SUS.....

com anos completos até o data do parto. Afirmo que tenho filho(s)
vivo(s). **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.

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Assinatura do (a) usuário (a)

Data:/...../.....

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
ANEXO VI DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO – EMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE:							
UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO DA EMA:							
MÊS/ANO:							
NOME DO USUÁRIO (A)	CARTÃO SUS	IDADE	Nº DE FILHOS VIVOS	ENCAMINHOU PARA INSERÇÃO DE DIU		ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA	
				SIM	NÃO	SIM	NÃO

NÚMERO DE MULHERES ENCAMINHADAS PARA INSERÇÃO DE DIU:

NÚMERO DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA: LAQUEADURA TUBÁRIA....., VASECTOMIA.....

Carimbo e assinatura do responsável pelo preenchimento

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



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
ANEXO VII DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

CONSOLIDADO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO - EMA

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE (ERS):						
MUNICÍPIOS:						
MÊS/ANO:						
FAIXA ETÁRIA	Nº DE USUÁRIOS (AS) ATENDIDOS PELA EMA		Nº DE ENCAMINHADOS PARA CIRURGIA		Nº DE ENCAMINHAD OS PARA INSERÇÃO DE DIU	Nº DE USUÁRIOS QUE OPTARAM POR OUTROS MÉTODOS
	MULHERES	HOMENS	LAQUEADURA	VASECTOMIA		
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 VIII DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LAQUEADURA
TUBÁRIA E VASECTOMIA

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR	
HOSPITAL:	
CNES:	CNPJ:
ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:	
NOME DO MÉDICO(a) RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA:	
CRM:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
NOME SOCIAL:	
GÊNERO:	CPF
ESTADO CIVIL:	IDADE:
ENDEREÇO:	
GRAU DE ESCOLARIDADE:	CIDADE:
Nº DE FILHOS VIVOS:	RAÇA/COR:
TIPO DE PARTO: () VAGINAL () CESÁREA	Nº DE PARTOS:
DOENÇAS ASSOCIADAS: () NÃO () SIM QUAIS?	
CONDIÇÕES CLÍNICAS:	
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE: () SIM () NATURAIS () BARREIRA () HORMONAIS () NÃO	
DADOS DA INTERNAÇÃO	
LAQUEADURA TUBÁRIA	() SIM () NÃO
PARTO COM LAQUEADURA TUBÁRIA:	() SIM () NÃO
DATA DE INTERNAÇÃO:	DATA DE ALTA:
CIRURGIÃO RESPONSÁVEL:	CRM:
VASECTOMIA	() SIM () NÃO
DATA DO PROCEDIMENTO:	

Carimbo e assinatura do responsável pelo preenchimento

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

ANEXO IX DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 359 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

FLUXOGRAMA PARA AÇÕES DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO
POR MEIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO - EMA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS DE MATO GROSSO

