

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 360 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025.

Dispõe sobre normas e fluxos para o credenciamento de Unidade de Saúde para realização de procedimentos cirúrgicos de Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito Sistema Único de Saúde (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 Portaria nº 405, de 08 de maio de 2023, do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, que altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados à esterilização masculina e feminina;

IV - A Nota Técnica nº 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS, que trata de orientações a gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal em relação à Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, a qual alterou a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sobre Planejamento Familiar;

V - A Portaria SAES/MS nº 1.549, de 22 de março de 2024, que inclui procedimento relacionado à Esterilização na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

VI - 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:

Art. 1º Estabelecer as normas e fluxo para o credenciamento de Unidades de Saúde do SUS no Estado de Mato Grosso para cirurgias de laqueadura tubária e vasectomia.

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

Parágrafo Único - As ações de planejamento familiar relativas aos procedimentos cirúrgicos de laqueadura tubária e vasectomia devem estar em conformidade com as Leis nº 9.263/1996 e nº 14.443/2022.

Art. 2º Usuários que manifestarem interesse em esterilização definitiva, conforme Leis 9.263/1996 e 14.443/2022, serão encaminhados à unidade de saúde com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA) no município, para aconselhamento reprodutivo.

§ 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 14.443/2022.

Art. 3º Os serviços de saúde que manifestarem interesse em credenciar a unidade para a realização dos procedimentos de laqueadura tubária e/ou vasectomia deverão:

I. Para realizar a cirurgia laqueadura tubária deverá dispor de uma equipe técnica para a execução dos procedimentos cirúrgicos, composta por no mínimo médico(a) especialista em ginecologia e obstetrícia ou médico(a) especialista em cirurgia geral e enfermeira (o);

II. Para realizar o procedimento de vasectomia deverá dispor de uma equipe técnica para a execução dos procedimentos cirúrgicos, composta por no mínimo médico(a) especialista em urologia ou médico(a) especialista em cirurgia geral e enfermeira (o).

III. Formalizar a manifestação de interesse à Secretaria Municipal de Saúde, mediante o preenchimento da Ficha de Solicitação de Credenciamento da Instituição para Realização de Esterilização Cirúrgica (ANEXO I).

Parágrafo Único - Quando se tratar de unidade de saúde sob gestão estadual, a manifestação de interesse deverá ser direcionada diretamente ao Escritório Regional de Saúde (ERS) de referência.

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

Art. 4º A Secretaria Municipal de Saúde deverá encaminhar ao Escritório Regional de Saúde (ERS) ofício de solicitação de credenciamento para a realização de procedimentos cirúrgicos de Laqueadura Tubária e Vasectomia na Unidade de Saúde;

Art. 5º O Escritório Regional de Saúde (ERS) deverá:

I. Verificar os documentos comprobatórios encaminhados pela unidade solicitante;

II. Avaliar a solicitação de credenciamento;

III. Emitir parecer técnico sobre a solicitação de credenciamento da unidade de saúde para os procedimentos de esterilização definitiva;

IV. Elaborar Proposição Operacional para deliberação em Comissão Intergestora Regional (CIR).

Art. 6º Após homologação em CIR, o ERS deverá encaminhar o processo via SIGADOC à Coordenadoria de Atenção Secundária, vinculada à Superintendência de Atenção à Saúde da SES/MT, contendo:

I. Ofício de solicitação de credenciamento para a realização de procedimentos cirúrgicos de Laqueadura Tubária e Vasectomia na Unidade de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

II. Parecer Técnico favorável à solicitação de credenciamento da unidade de saúde para os procedimentos de esterilização definitiva;

III. Proposição Operacional da Comissão Intergestora Regional (CIR).

Art. 7º 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.

Art. 8º Após homologação na CIB-MT, o Escritório Regional de Saúde (ERS) encaminhará a resolução à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único. Quando se tratar de unidade de saúde sob gestão estadual, a resolução deverá ser encaminhada diretamente para a Unidade de Saúde solicitante.

Art. 9º A Unidade de Saúde solicitante dos serviços de laqueadura tubária e vasectomia deverá realizar o registro do serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme os códigos:

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

I. Para laqueadura tubária:

- a) serviço/ classificação: 110-003
- b) habilitação: 1901

II. Para vasectomia:

- a) serviço/ classificação: 110-004
- b) habilitação: 1902

Art. 10º 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 emitida pela Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA);
- c) Termo de Responsabilidade que será emitido por meio da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (EMA).

II. Realizar consulta médica e solicitar exames pré-operatórios, 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.

Art. 11º Após o procedimento, o profissional médico responsável pela cirurgia deverá preencher a Ficha Individual de Notificação Compulsória de Laqueadura Tubária e Vasectomia (ANEXO II), conforme a Lei nº 9.263/96.

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

Art. 12º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CIB/MT nº 007 de 10 de fevereiro de 2011.

Cuiabá/MT, 04 de setembro de 2025.

GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:17482445153
445153

Assinado de forma digital
por GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:17482445153
Dados: 2025.09.08
11:34:35 -04'00'

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 360 DE 04 DE SETEMBRO DE 2025

FICHA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA (LAQUEADURA TUBÁRIA E/OU VASECTOMIA)		
SOLICITAÇÃO:		
☐ VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902)	☐ INCLUSÃO ☐ EXCLUSÃO	DATA:
☐ LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901)		
☐ LAQUEADURA (HABILITAÇÃO COD 1901) E VASECTOMIA (HABILITAÇÃO COD 1902)		
INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO:		
MUNICÍPIO:	UF:	IBGE:
INFORMAÇÕES DO ESTABELECIMENTO:		
CNPJ:	CNES:	
RAZÃO SOCIAL:		
NOME FANTASIA:		
LOGRADOURO:		
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:
DADOS BANCÁRIOS:		
NÚMERO DO BANCO:	NOME DO BANCO:	AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:
TIPO DE GESTÃO:		
☐ MUNICIPAL	☐ ESTADUAL	☐ 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 II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 360 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