



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Resolução CIB/MT N° 007 de 10 de fevereiro de 2011.

Dispõe sobre normas de procedimentos para Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito do SUS no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO ESTADO DE MATOGROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Portaria SAS/MS N° 048 de 11 de fevereiro de 1999, referente ao Planejamento Familiar;

II – A Portaria SAS/MS N° 629 de 25 de Agosto de 2006, referente à descentralização de algumas habilitações e definiu que caberá aos Gestores Estaduais/Municipais identificar no SCNES os estabelecimentos de saúde que dispõem de contrato de Gestão/Metas.

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer normas e fluxo que regulamentem a autorização para realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia no âmbito do SUS/MT.

§ Único- Os hospitais com os requisitos necessários para se credenciarem ao SUS para a realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, conforme as exigências da Portaria N° 048 de 11 de Fevereiro de 1999, poderão ser autorizados a realizar o procedimento conforme se segue:

I – A instituição proponente deverá preencher a “Ficha de Credenciamento de Instituição para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia”, conforme Anexo I desta Resolução e a “Ficha de Cadastro de Unidades com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento”, conforme Anexo II desta Resolução, encaminhando-as a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a cópia da documentação dos profissionais que compõem a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento (RG, CPF, Carteira do Conselho de Classe e Diploma do Curso Superior).





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

II – A Secretaria Municipal de Saúde deverá validar as informações e encaminhar ao Escritório Regional de Saúde - ERS.

III – O Escritório Regional de Saúde validará as informações através de visita in loco e emitirá parecer.

a) – Caso desfavorável, informará ao proponente os quesitos pendentes necessários à efetivação do credenciamento.

b) – Caso favorável, encaminhará o pleito, juntamente com o parecer, à Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – SAS/SES/MT para análise e parecer, conforme fluxo contido no Anexo III desta Resolução.

IV – A SAS/SES/MT remeterá o processo ao Escritório Regional de Saúde para posterior encaminhamento ao Conselho Municipal de Saúde do município solicitante:

a) – Caso desfavorável, o Conselho Municipal de Saúde deverá informar a Secretaria Municipal de Saúde sobre os quesitos pendentes.

b) – Caso favorável, o Conselho Municipal de Saúde devolverá o processo, juntamente com a cópia da Ata ou Resolução de aprovou o credenciamento do serviço à Secretaria Municipal de Saúde.

V – A Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar pauta junto ao Colegiado de Gestão Regional (CGR) visando apresentação da proposta de credenciamento do serviço.

VI – O Colegiado de Gestão Regional encaminhará Proposição para credenciamento do serviço à Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso – CIB/MT;

VII – A CIB/MT homologará a Proposição do CGR através de Resolução específica, remetendo uma cópia a Coordenadoria de Ações Programáticas Estratégicas da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – COAPRE/SAS/SES/MT

VIII – A COAPRE/SAS/SES/MT deve informar ao Escritório Regional de Saúde sobre a aprovação do credenciamento, que informará ao município solicitante sobre a necessidade de publicação de Portaria Municipal, bem como a inserção do procedimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

IX – A Secretaria Municipal de Saúde deve encaminhar cópia da Portaria Municipal para o Escritório Regional de Saúde que remeterá à COAPRE/SAS/SES/MT..

Art. 2º - Estabelecer critérios para cadastramento de Unidades de Saúde Públicas em pelo menos um nível de assistência com prioridade para a rede básica, com Equipes





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Multidisciplinares de Aconselhamento para a realização de ações de planejamento familiar com encaminhamento dos pacientes com indicativo de procedimento cirúrgico às Unidades credenciadas para efetuarem os procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia.

§ 1º - As Unidades de Saúde Pública com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento serão cadastradas para complementação dos serviços hospitalares credenciados ao SUS que não disponham de Equipe Multidisciplinar para Aconselhamento.

§ 2º – A Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento deverá ser composta de, no mínimo:

01 Assistente Social

01 Enfermeiro

01 Médico

01 Psicólogo

§ 3º – A Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento poderá atuar em qualquer nível de referência em saúde pública, conveniada ou contratada.

§ 4º - O município que não dispôr de Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento e/ou Hospital Credenciado para a realização dos atendimentos para Laqueadura Tubária e Vasectomia deverão garantir este acesso.

Art. 3º Estabelecer documentação e fluxo necessários para a realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia.

§ 1º – O usuário atendido em qualquer Unidade da rede pública, ou da rede conveniada ou contratada, que apresentar indicação ou manifestar interesse em realizar esterilização definitiva, desde que se enquadre no artigo 10º da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, deverá ser encaminhado à Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento com a “Ficha de Encaminhamento para Aconselhamento em Laqueadura Tubária e Vasectomia” devidamente preenchida, conforme Anexo V desta Resolução.

§ 2º – Caberá a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento proceder a sensibilização, orientação e conscientização da (o) usuária de todos os métodos contraceptivos reversíveis, a fim de que os procedimentos cirúrgicos irreversíveis venham a se constituir como último recurso.

§ 3º - A atuação da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento vem reforçar as ações de prevenção e promoção em Planejamento Familiar, não isentando a Atenção Básica no desempenho de seu papel.

§ 4º - Quando o parecer da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento for favorável à autorização dos Procedimentos de Laqueadura Tubária ou Vasectomia, a mesma deverá:





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

I - Preencher e assinar a “Ficha de Encaminhamento para a Realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia” conforme Anexo V desta Resolução e o “Termo de Responsabilidade” de acordo com o Anexo VI desta Resolução em duas vias, sendo que as segundas vias deverão ficar anexadas ao prontuário do(a) usuário(a) na Unidade com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento e as primeiras vias deverão ser encaminhadas a Central de Regulação, juntamente com o Laudo de Internação Hospitalar, emitido pelo médico integrante da Equipe.

a) – O “Termo de Responsabilidade” deverá ser assinado juntamente com o (a) usuário (a) e, em vigência de sociedade conjugal, seu cônjuge.

§ 5º – A Central de Regulação, após a regulação do procedimento, informará à Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento da Unidade cadastrada que, por sua vez, informará devidamente o usuário, encaminhando-o ao Hospital de Referência, conforme fluxo do Sistema de Referência e Contra-Referência.

I - Municípios que não possuem as Centrais Municipais de Regulação, a Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento enviará a “Ficha de Encaminhamento para a Realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia”, o “Termo de Responsabilidade” e o “Laudo de Internação Hospitalar” à Secretaria Municipal de Saúde.

II - A Secretaria Municipal de Saúde enviará a documentação acima referida para a Central de Regulação Regional a fim de se proceder a regulação do procedimento.

§ 6º – A Central de Regulação só poderá autorizar a internação mediante a apresentação de toda a documentação necessária estabelecida (vide artigo 3º, parágrafo 4º) e considerando os critérios estabelecidos na Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

§ 7º - O hospital de referência, após a realização do procedimento, deverá preencher a “Ficha de Notificação Compulsória” conforme Anexo VII desta Resolução em duas vias, sendo que:

I - As primeiras vias da “Ficha de Notificação Compulsória”, do “Termo de Responsabilidade” e da “Ficha de Encaminhamento para a Realização da Laqueadura Tubária e Vasectomia”, deverão ser anexadas ao prontuário do (a) usuário (a) na Unidade Hospitalar credenciada, para fins de supervisão.

II - A segunda via da Ficha de Notificação Compulsória deverá ser encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente.

Art. 4º - Estabelecer o fluxo de relatórios necessários para o acompanhamento e supervisão dos procedimentos relativos a realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia:

§ 1º - A Unidade cadastrada com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento deverá criar um livro registro e, mensalmente, preencher o “Relatório de Atendimento da Equipe





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Multidisciplinar de Aconselhamento” de acordo com o Anexo VIII desta Resolução e remetê-lo a Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º - A Secretaria Municipal de Saúde deverá preencher o “Consolidado de Atendimento conforme Anexo IX desta Resolução, mensalmente, encaminhando-o ao Escritório Regional de Saúde.

a) – Caso não haja realização do procedimento, a Unidade Hospitalar deverá comunicar formalmente a Secretaria Municipal de Saúde.

§ 3º - O Escritório Regional de Saúde deverá analisar as informações que servirão de subsídios para estudos e supervisões locais e posteriormente consolidá-las em planilha contida no Anexo X desta Resolução e remetê-las a COAPRE/SAS/SES/MT.

§ 4º - Os municípios já habilitados para a realização dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia deverão se adequar diretrizes desta Resolução.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, revogando a Resolução CIB/MT Nº 046 de 08 de Agosto de 2005.

Cuiabá MT, 10 de fevereiro de 2011.

Pedro Henry Neto
Presidente da CIB/MT

Andréia Fabiana dos Reis
Presidente do COSEMS/MT





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO I RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

**FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA
TUBÁRIA E VASECTOMIA**

Inclusão	01	Alteração	03	Exclusão	05
CGC do Hospital:					

Razão Social/Nome:			
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Município:	UF:
Nome do Banco:		Agência:	Conta Corrente:
UF:	Código Município:		

ESPECIALIDADE		Leitos		Número de profissionais
Nome	Código	Contratados	Total	
Cirurgia	1			
Obstetrícia	2			
Clínica Médica	3			
Urologia	4			
TOTAL:				

Orienta:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

Oferece:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral
- ☐ Anticoncepção de Emergência

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula



Centro Político Administrativo, Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 – e-mail: cib@ses.mt.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____

Direção Hospitalar
(Assinatura/Carimbo)

Gestor
(Assinatura/Carimbo)





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO II RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

FICHA DE CADASTRO DE UNIDADES COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO

Nome da Unidade: _____ Cód.: _____
Razão Social: _____ CGC: _____
Logradouro: _____ N.º _____
Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ Regional/Consórcio: _____

Equipe responsável pelo planejamento familiar:

	NOME
☐ Médico	
☐ Enfermeiro	
☐ Psicólogo	
☐ Assistente Social	
☐ Outros Específicos	

Orienta:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

Oferece:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula
- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral
- ☐ Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

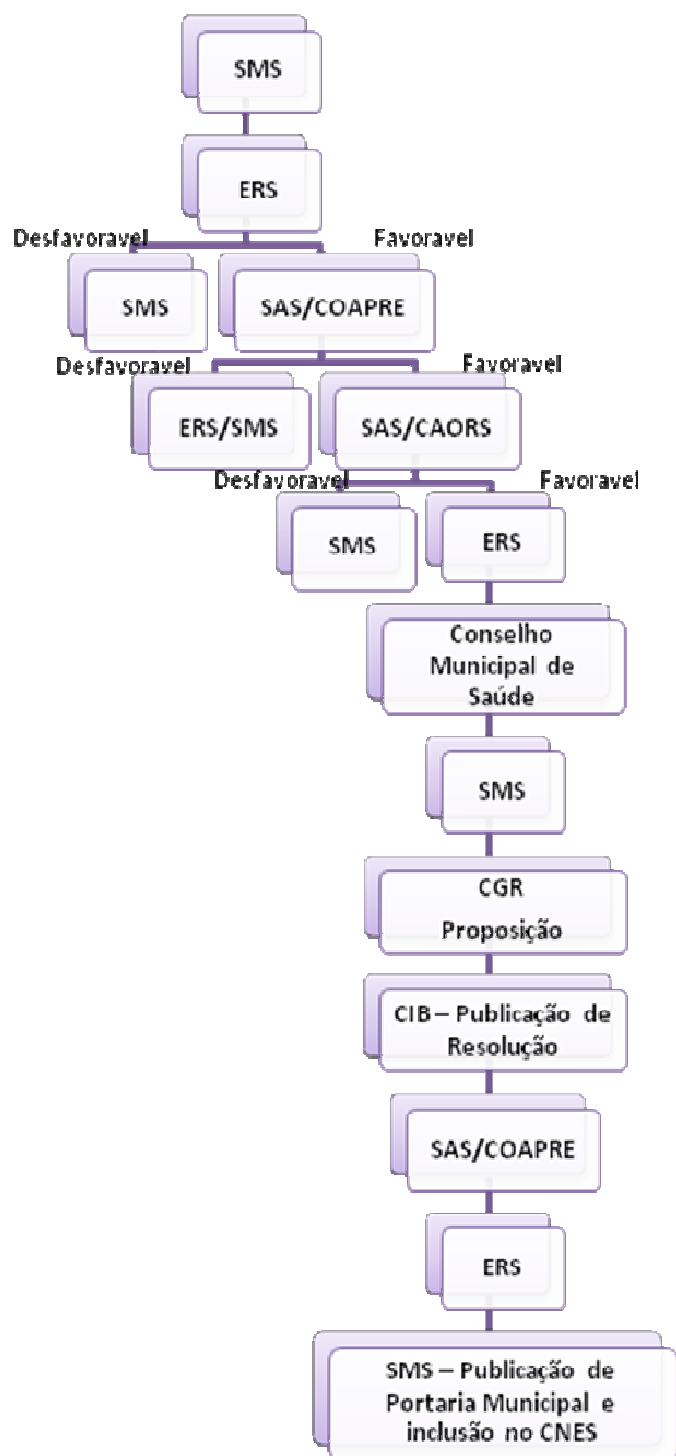
Responsável pela Unidade
(Assinatura/Carimbo)

Gestor
(Assinatura/Carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO III
FLUXOGRAMA PARA TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS
HABILITAÇÃO DE HOSPITAIS PARA LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA



SMS – Secretaria Municipal de Saúde

ERS – Escritório Regional de Saúde

SAS – Superintendência de Atenção à Saúde

COAPRE – Coordenadoria de Ações Programáticas Estratégicas



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO IV RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA ACONSELHAMENTO EM LAQUEADURA TUBÁRIA /
VASECTOMIA**

Nome da Unidade de Origem: _____ Código: _____
Endereço: _____ N.º: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Município: _____ UF: _____
Escritório Regional _____ Consórcio: _____
Outros/Especificar: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado ☐
CPF: _____ RG: _____
Grau de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior
Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Nome do Cônjuge: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Endereço Residencial: _____ N.º: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ UF: _____

Procedimento Solicitado: ☐ Laqueadura Tubária ☐ Vasectomia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

N.º de partos normais: _____ N.º de partos cesariana: _____
N.º de abortos: _____ N.º de nati-mortos: _____
N.º de filhos vivos: _____ Data do último parto: _____

Condições clínicas que contra indicam uma Gravidez:

Observações:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO V RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA /
VASECTOMIA**

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Amasiado ☐

CPF: _____ RG: _____

Grau de Instrução: ☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior

Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Orientou:

Métodos Naturais. Quais? _____

Se outros, quais? _____

Ofereceu:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula
- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral
- ☐ Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____

Motivo da opção pela Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Parecer da Equipe:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Assinatura e carimbo
da equipe:

_____ (Assistente Social)

_____ (Enfermeiro)

_____ (Médico)

_____ (Psicólogo)

Data: ____/____/____.

ANEXO VI RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,....., voluntariamente desejo submeter-me à contracepção cirúrgica e esclareço 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 estarei interrompendo minha fertilidade, que caso contrário poderia se prolongar por vários anos.

Idade do casal:

Homem:

Número de filhos vivos:.....

Mulher:

Número de filhos vivos:

Número de gestações:.....

Partos Vaginais:

Cesáreas:

Abortos:.....

Métodos utilizados e seus efeitos:.....
.....
.....

Patologias associadas:.....
.....

Observações:.....
.....
.....

Declaramos que as informações acima são verdadeiras:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Assinatura do(a) cliente

Assinatura do(a) companheiro(a)

Documento: _____

Data: ____/____/____

Documento: _____

Data: ____/____/____

A equipe multiprofissional de aconselhamento da Unidade de Saúde _____ é favorável à realização desta cirurgia de contracepção.

(Assistente Social)
Assinatura e Carimbo

(Enfermeiro)
Assinatura e Carimbo

(Médico)
Assinatura e Carimbo

(Psicólogo)
Assinatura e Carimbo

ANEXO VII RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

FICHA INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE
LAQUEADURA TUBÁREA E VASECTOMIA

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:

CGC / CNPJ:

Data:

DADOS DO PACIENTE

Nome do(a) paciente:

Logradouro:

Número:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Município (código IBGE):

Nome do Município:

UF:

Sexo:

M

F

Data de nascimento:

/ /

Nº de filhos:

GRAU DE INSTRUÇÃO

Analfabeto

☐

Ensino Fundamental

☐

Ensino Médio

☐

Ensino Superior

☐

Documentação completa presente no prontuário:

Sim

☐

Não

☐



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

INDICAÇÃO

(Cid 10 – Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro conceito)

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

Orienta:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

Oferece:

Métodos de Barreira

- ☐ Preservativo Masculino
- ☐ Preservativo Feminino
- ☐ Diafragma

Métodos Hormonais

- ☐ Hormonal Oral Combinado
- ☐ Minipílula
- ☐ Hormonal Injetável Mensal
- ☐ Hormonal Injetável Trimestral
- ☐ Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

OUTROS: _____

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data da Internação:
/ /

Data da Alta:
/ /

Médico Responsável

Responsável pelo preenchimento/Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO VIII RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

CONSOLIDADO DE ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde: _____

Escritório Regional de Saúde: _____

Mês/Ano: _____

1. Atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento no Mês, conforme relatório de atendimento da Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento:

1.1 Número de mulheres atendidas: _____

Faixa Etária:

< 20 = _____

20 a 24 = _____

25 a 30 = _____

30 a 35 = _____

+ 35 = _____

Total: _____

Quantidade de mulheres atendidas com:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Nenhum filho: _____ 1 filho: _____ 2 filhos: _____ 3 filhos: _____ 4 filhos: _____	5+ filhos: _____ Total: _____
1.2 Número de Homens atendidos: _____	
Faixa Etária: < 20 = _____ 20 a 24 = _____ 25 a 30 = _____ 30 a 35 = _____ + 35 = _____ Total: _____	
Quantidade de homens atendidos com: Nenhum filho: _____ 1 filho: _____ 2 filhos: _____ 3 filhos: _____ 4 filhos: _____ 5+ filhos: _____ Total: _____	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

1.3 Número de mulheres encaminhadas para a realização de laqueadura tubária: ____

1.3.1 – Número de mulheres < 25 anos encaminhadas para realização de laqueadura tubária: ____

1.4 Número de homens encaminhados para a realização de vasectomia: ____

2. Realização de Laqueadura Tubária/Vasectomia, conforme recebimento de Ficha de Notificação Compulsória Hospitalar:

2.1 Número de Laqueaduras Realizadas: ____

2.2 Número de Vasectomias Realizadas: ____

2.3 Total de Procedimentos Realizados: ____

Nome e função do responsável pelo preenchimento

Data: ____/____/____





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ANEXO IX RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ACONSELHAMENTO

Secretaria Municipal de Saúde: _____
Unidade com Equipe Multidisciplinar de Aconselhamento: _____
Mês/Ano: _____

Nome do Cliente	Idade	Estado Civil	N.º Filhos	Procedimento Realizado			
				Aconselhamento		Encaminhamento para realização de esterilização	
				Sim	Não	Sim	Não
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							
-							

Data: ____/____/____

Responsável pelo preenchimento





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ANEXO X RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 007 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2011.

PLANILHA PARA CONSOLIDAÇÃO DE DADOS REGIONAL

Escritório Regional de Saúde:

Mês/Ano: _____

Município	Mulheres atendidas (número)*	Faixa etária						Mulheres encaminhadas p/ esterilização definitiva	Número de Laqueaduras Tubárias realizadas
		<20	20-24	25-30	30-35	+35	Total		





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Município	Homens atendidos (número)*	Faixa etária						Homens encaminhados p/ esterilização definitiva	Número de Vasectomias realizadas
		<20	20-24	25-30	30-35	+35	Total		

