



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

Resolução CIB/MT N° 051 de 04 de março de 2010.

Dispõe sobre o formulário de “Solicitação de Transfusão de Sangue, Distribuição/Recebimento e de Transfusão de Sangue” no Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO,
no uso de suas atribuições legais e considerando a:

I – A Lei N° 10.205 de 21 de março de 2001 que regulamenta a coleta e processamento, a estocagem, a distribuição e a aplicação do sangue e seus hemoderivados.

II – A Portaria N° 103/2000/GBSES que define critérios de pagamento dos serviços contratados em Hemoterapia dos Módulos Pré e Pós Transfusional Ambulatorial e Hospitalar, triagem, coleta, processamento, sorologia, imunohematológico de sangue e hemoderivados.

III – A Portaria N° 1101/GM de 12 de Junho de 2002 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS.

IV – A Portaria N° 1.737/GM de 19 de agosto de 2004 que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde – SUS e o ressarcimento de seus custos operacionais.

V – A Portaria N° 1.496 de 10 de Julho de 2006 que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde – SUS.

VI – A Portaria N° 768/SAS de 26 de outubro de 2006, que define normas e orientações de preenchimento dos laudos para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais.

VII – A Portaria N° 089/2007/GBSES, que estabelece critérios para o fornecimento de hemocomponentes pela Hemorrede Pública.



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

VIII – A Resolução – RDC Nº 151 de agosto de 2001 que aprova o Regulamento Técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia.

IX - A Resolução – RDC Nº 24 de 24 de Janeiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico com a finalidade de obter plasma fresco congelado – PFC de qualidade seja para fins transfusionais e para produção de hemoderivados.

X – A Resolução – RDC Nº 153 de 14 de Junho de 2004 que determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a implantação dos formulários de “Solicitação de Transfusão de Sangue” e “Distribuição/Recebimento e Transfusão de Sangue”, (APAC/HEMOTERAPIA) SIA e SIH/SUS, conforme Anexos I e II desta Resolução.

Art. 2º - Definir regras e critérios de preenchimento dos formulários que **obrigatoriamente** devem atender os seguintes requisitos:

- I.** Todos os campos devem ser devidamente preenchidos sem qualquer rasura.
- II.** Devem ser preenchidos pelo profissional médico prescritor com letra de forma e caneta esferográfica preta ou azul.
- III.** Identificação legível do profissional prescritor, com sua assinatura e número de registro do Conselho Regional de Medicina - CRM.
- IV.** A assinatura do paciente ou seu responsável.
- V.** Deve ser emitido em 03 (três) vias, sendo que a primeira ficará no arquivo, a segunda fará parte do prontuário do paciente e a terceira, será utilizada para fins de cobrança (junto a Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade - APAC), e deve ser encaminhada a Coordenadoria de Controle e Avaliação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT, num prazo máximo de **90 dias**.



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

VI. Deve constar a data de sua emissão/preenchimento.

Art. 3º - As solicitações cujos preenchimentos não estiverem de acordo com o acima estabelecido sofrerão glosas financeira.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Cuiabá, 04 de março de 2010.

Augustinho Moro

Presidente da CIB/MT

Mário Lemos de Almeida

Presidente do COSEMS/MT