



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO – CIB Nº 002 /2007, de 28 de fevereiro de 2007.

Dispõe sobre a Alteração dos Art. 1º, 2º e 3º e dos anexos 1,2,3 e 4 da Resolução CIB Nº 31/2006 de 28 de abril de 2006. Que trata dos critérios para efetivação dos procedimentos de Esterilização no âmbito do Tocantins;

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada em 28 de fevereiro de 2007;

Considerando a necessidade de regulamentação e padronização dos critérios de credenciamento para esterilização cirúrgica voluntária;

Considerando as discussões e conclusões do Grupo Técnico designado na reunião da CIB do dia 15 de dezembro de 2006;

RESOLVE:

Art. 1º - Alterar os artigos 1º, 2º e 3º da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006, que passaram a ter a seguinte redação:

“Art. 1º - Aprovar que todos os serviços hospitalares do Estado do Tocantins, que desejarem se credenciar para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, deverão encaminhar seu pedido para a Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado de;”

a) -

b) -

“§1º – A Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria analisará a documentação, e solicitará Pareceres Técnicos da Diretoria de Atenção Especializada, Diretoria de Atenção Primária e Diretoria de Vigilância Sanitária e posteriormente, no caso de pareceres favoráveis ao



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

credenciamento, serão encaminhados para análise, apreciação e deliberação da CIB;

"§2º - A Diretoria de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria terá um prazo de 60 dias para solicitar inclusão de pauta na reunião ordinária da CIB no caso de todos os pareceres recomendarem o credenciamento, contados a partir da data de entrega da documentação."

"Art. 2º - Para o credenciamento das instituições hospitalares, de que trata esta resolução, é condição indispensável a comprovação da existência de Serviço Ambulatorial de Planejamento Familiar, que ofereça aos pacientes todos os métodos contraceptivos reversíveis e comprove a existência de médico capacitado para realização do ato cirúrgico."

"Parágrafo Único - É condição indispensável que todos os profissionais participantes das ações de Planejamento Familiar estejam cadastrados no CNES"

"Art. 3º - As instituições hospitalares deverão anexar declaração de anuência da respectiva Secretaria Municipal de Saúde;"

Art. 2º - Os anexos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006, passam a vigorar de acordo com a redação os anexos 1, 2, 3 e 4 desta resolução;

Art. 3º - Revoga-se as disposições em contrário dos Art. 1º, 2º, 3º e dos anexos 1, 2, 3 e 4 da Resolução CIB Nº. 31, de 28 de abril de 2006;

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor nesta data.


Eugenio Pacceli de Freitas Coelho
Presidente

FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIAINCLUSÃO ()
ALTERAÇÃO ()
EXCLUSÃO ()

CNPJ DO HOSPITAL _____

RAZÃO SOCIAL _____

LOGRADOURO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO OU DISTRITO _____ CEP _____ MUNICÍPIO _____

CÓDIGO AG. _____ CONTA CORRENTE _____ NOME DO BANCO _____ NOME DA AGÊNCIA _____

UF _____ CÓD. MUN. _____

ESPECIALIDADE LEITOS PROFISSIONAIS

ESPECIALIDADE	LEITOS	
	EXISTENTES	SUS
CIRURGIA		
OBSTETRICIA		
GINECOLOGIA		
CLIN. MÉDICA		
UROLOGIA		
OUTROS		
TOTAL GERAL		

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS FORNECIDOS: (S) SIM (N) NÃO

DIAFRAGMA

() ESPERMICIDA() HORMONAL ORAL COMBINADO ()
HORMONAL ORAL APENAS DE ()
PROGESTOGÊNIO ()PRESERVATIVO MASCULINO() DIU () HORMONAL INJETÁVEL ()
PRESERVATIVO FEMININO () ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA()

REFERÊNCIA FORMAL:

DE MÓDULO: _____

MICRORREGIONAL: _____

MACRORREGIONAL: _____

ANEXO 2 – Resolução CIB Nº 02/2007

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

N.º _____ Bairro _____ Município _____
 CEP: _____ Telefone _____ Fax _____ Estado: TO

II - SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Comissão de Avaliação da Indicação do Método Definitivo:

() SIM

() NÃO

COMPONENTES	SIM	NOME DO PROFISSIONAL	CÓDIGO NO CNES	NÃO
Diretor Clínico				
Representante da Comissão de Ética Médica				
Médico Gineco-obstetra				
Médico Cirurgião				
Médico Urologista				
Enfermeiro				
Psicólogo				
Assist. Social				
Outros (especificar)				

Responsável Técnico:

Nome e Cargo: _____

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 3 – Resolução CIB Nº 02/2007

**DECLARAÇÃO DE SERVIÇO AMBULATORIAL PRÓPRIO DE
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Endereço: _____

N.º _____

Bairro _____

Município _____

Estado: TO

CEP: _____

Telefone _____

Fax _____

II - SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR:

() SIM

() NÃO

Se sim preencher os seguintes campos:

Responsável Técnico: _____

Formação: _____ Cargo: _____

Profissionais participantes:

CATEGORIA	QUANTIDADE
Médico	
Enfermeiro	
Psicólogo	
Assistente Social	
Educador de Saúde Pública	
Outros (especificar)	

Metodologia Utilizada:

TIPO	SIM	NÃO
Palestra		
Exposição Técnica de Jogos		
Dinâmica de Grupo		
Abordagem Individual		
Outra (especificar)		

Métodos de Anticoncepção Oferecidos: (S) SIM (N) NÃO

Métodos de Anticoncepção	Abordados	Disponíveis
Diafragma		
Preservativo Masculino		
Preservativo Feminino		
Espemicida		
DIU		
Hormonal Oral Apenas de Progestogênio		
Hormonal Oral Combinado		
Hormonal Injetável		
Anticoncepção de Emergência		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Nome e Cargo:

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.

ANEXO 4 – Resolução CIB N.º 22/2011

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES AMBULATORIAIS EXTERNAS/ UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Nome da Unidade Hospitalar:

Nome da Unidade Hospitalar:

Endereço : _____ Município _____
N.º _____ Bairro _____ Estado : TO
CEP: _____ Telefone _____ Fax _____

Endereço : _____ Município _____ Estado : TO

N.º _____ Ballo _____ Fax _____ E-mail _____

CEP: _____ Telephone _____ Fax _____

() NÃÃO

() SIM

Se sim preencher os seguintes campos:

Responsável Técnico:

Responsável Técnico: _____ Carga: _____
Formação: _____

Professionals participantes:

CATEGORIA	QUANTIDADE
Médico	
Enfermeiro	
Psicólogo	
Assistente Social	
Educador de Saúde Pública	
Outros (especificar)	

Metodologia Utilizada:

TIPO	SIM	NÃO
Palestra		
Exposição Técnica de Jogos		
Dinâmica de Grupo		
Abordagem Individual		
Outra (especificar)		

Métodos de Anticoncepção Oferecidos: (S) SIM (N) NÃO

Métodos de Anticoncepção	Abordados	Disponíveis
Diafragma		
Preservativo Masculino		
Preservativo Feminino		
Espermicida		
DIU		
Hormonal Oral Apenas de Progestogênio		
Hormonal Oral Combinado		
Hormonal Injetável		
Anticoncepção de Emergência		

Avaliação do Paciente:

TIPO	SIM	NÃO
Clínica		
Psicológica		
Social		

Responsável Técnico:

Nome e Cargo:

Local, Data e Assinatura:

_____, _____ de _____ de _____.
