**ANEXO I DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019.**

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01 Solicitação Inclusão Alteração Exclusão Credenciamento em:** | | | | | | | | | | | | | |
| **02 CGC do Hospital** | | | | | | | | | | **03 Razão Social / Nome** | | | |
| **04 Logradouro** | | | | | | | | **05 Número** | | | | | |
| **06 Complemento** | | | | | | **07 Bairro ou Distrito** | | | | | | | **08 CEP** |
| **09 Município** | | | | | | | | | | | | | **10 UF** |
| **11 ESPECIALIDADE** | | | **LEITOS** | | | | | | | **PROFISSIONAIS** | | | |
| **Nome** | | **Código** | **SUS** | | | | **Total** | | |  | | | |
| Cirurgia | | 1 |  | | | |  | | |  | | | |
| Obstetrícia | | 2 |  | | | |  | | |  | | | |
| Clínica Médica | | 3 |  | | | |  | | |  | | | |
| Urologia | | 4 |  | | | |  | | |  | | | |
| Totais | | |  | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **12 OFERECE ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO** | | | | | | | | | | | | | |
| Serviço Próprio | Métodos Comportamentais:  Ogino-Knaus (tabelinha) | | | Temperatura Basal | | | | | Método de Billings | | |  |  |
| Métodos de Barreira:  Preservativos Masculino e Feminino | | | Diafragma | | | | |  | | |  |  |
| Métodos Hormonais Orais | | | Métodos Hormonais Injetáveis | | | | | Anticoncepção de emergência | | | DIU |  |
| Dados do Serviço de Planejamento  Reprodutivo de referência\* | Nome completo da Unidade: | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Responsável pelo Serviço: | | | | | | | | | | | | |
| Cargo do responsável pelo serviço: | | | | | | | | | | | | |
| Acesso a Serviço de Referência\* | Métodos Naturais  Ogino-Knaus (tabelinha) | | | Temperatura Basal | | | | | Método de Billings | | |  |  |
| Métodos de Barreira:  Preservativos Masculino e Feminino | | | Diafragma | | | | |  | | |  |  |
| Métodos Hormonais Orais | | | Métodos Hormonais Injetáveis | | | | | Anticoncepção de emergência | | | DIU |  |
| \*Preenchimento obrigatório para unidades hospitalares que não ofertam todos os métodos de contracepção | | | | | | | | | | | | | |
| **13 ASSINATURAS** | | | | | | | | | | | | | |
| Diretor Clínico | | | | | Diretor do Serviço de Referência\* | | | | | | Gestor Municipal do SUS | | |

**ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019.**

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Local e data

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Considerando o desejo do(a) paciente e as justificativas inerentes ao caso, nosso parecer é:

AUTORIZAÇÃO DE ESTERELIZAÇÃO



Este documento, por nós lido e assinado, serve, para todos os efeitos legais, para esclarecer que:

1º) Solicitamos por livre e espontânea vontade que seja efetuada em

a esterilização cirúrgica voluntária através de:

Salpingotripsia bilateral

Vasectomia

2º) Temos conhecimento da disponibilidade de outros métodos contraceptivos.

3º) Estamos conscientes que a contracepção cirúrgica é um método considerado na prática como definitivo, e que a cirurgia de remoção não é garantida, nem é fornecida de modo rotineiro.

4º) Estamos conscientes de que, como qualquer cirurgia, a contracepção cirúrgica tem seus riscos operatórios e possíveis efeitos colaterais. 5º) Estamos conscientes de que, embora a contracepção cirúrgica seja um método extremamente eficaz, eventualmente podem ocorrer falhas.

Paciente: Documento de Identidade:

Cônjuge: Documento de Identidade: 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:



Favorável

Desfavorável

**ANEXO IV DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.939, DE 22 DE MAIO DE 2019.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE TÉCNICA PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS** | | | |
| **UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE** | | | |
| **MUNICÍPIO SOLICITANTE** | | **POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO** | |
| **REGIÃO DE SAÚDE / REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE** | | **POPULAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE** | |
| **INSTITUIÇÃO SOLICITANTE** | | **CNES** | |
| **EXISTE SERVIÇO ESTRUTURADO PARA CONTRATAÇÃO IMEDIATA?**  **SIM**  **NÃO** | | | |
| **ANÁLISE DO PONTO DE VISTA TÉCNICO-ASSISTENCIAL (conformidade da documentação apresentada, prestação de serviços ao SUS-MG, adequação do quadro funcional de profissionais, oferta dos métodos contraceptivos na instituição/rede municipal de saúde, critérios técnicos de avaliação da rede de atenção à saúde)** | | | |
| **PARECER REFERENTE A CONTRATAÇÃO**  **FAVORÁVEL**  **DESFAVORÁVEL** | | | |
| **DATA** | **ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DO NÚCLEO DE REDES / REFERÊNCIA TÉCNICA DA SRS/GRS** | |  |