



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE PELOTAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE MATERNO INFANTOJUVENIL**

**TERMO DE ADESÃO / RESPONSABILIDADE “Mãe Pelotense”**

Prezada Sr<sup>a</sup>,

UBS: \_\_\_\_\_ N° do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

A Secretária Municipal de Saúde de Pelotas, através do “**Programa Mãe Pelotense**”, visa garantir uma rede de atenção qualificada, humanizada e resolutiva à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança, prioritariamente de 0 à 12 meses, mantendo seu acompanhamento até os 24 meses, com interesse em proporcionar a qualidade dos cuidados de saúde que são oferecidos pelos serviços.

O Programa Mãe Pelotense propõe-se a entregar um Enxoval para as gestantes residentes no município de Pelotas, que realizarem o pré-natal e que contemplem os critérios para o recebimento do mesmo. O enxoval será entregue a gestante nos serviços de saúde durante o pré-natal ou no início do período puerperal. Os critérios são: a mãe ter começado o pré-natal precocemente (**<120 dias de gestação**); ter realizado no mínimo seis consultas de pré-natal, duas rotinas de exames e a imunização preconizada.

Assim sendo, solicitamos a gentileza de assinar o Consentimento abaixo confirmando que foi informada de todos os critérios para o recebimento do Enxoval.

**Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecida sobre os Critérios para receber o Enxoval do Programa Mãe Pelotense. Estou ciente que atingi os critérios estabelecidos pelo Programa que é de iniciar o pré-natal precocemente, realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, os testes rápidos, as rotinas de exames laboratoriais e imunização.

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_