

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	FOR CENF 0001	
	Formulário de Registros	Edição: 01	
	Comprovação da realização do Teste do Pezinho	Vigência: 04/03/2024	

Unidade / área: _____ Ala: _____ Mês/Ano: _____ / _____

Formulário I

Eu, _____
 (nome completo) sendo: () mãe () pai () responsável, em relação ao menor:

 (nome da criança) nascido em: ____ / ____ / _____,
 RGHC (Matrícula) _____ Identificador nº _____,
 estou ciente de que o hospital **Instituto do Coração – Fundação Zerbini**, efetuou a coleta para o
 exame de prevenção (Teste do Pezinho), em conformidade com a Lei Federal nº 8069, de 13 de
 julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), Lei Estadual nº 3.914 de 14 de novembro
 de 1983 e Lei Municipal nº 12.541 de 29 de dezembro de 1997.

Declaro ainda que me comprometo a retirar o resultado do exame citado, no prazo de
 _____ dias, assim como trazer o menor acima para que seja feita nova coleta de material
 quando solicitado e/ou receber informações sobre as providências que deverão ser tomadas por
 mim.

 Nome completo do responsável

____ / ____ / ____
 Data

 RG ou outro documento válido

1ª via responsável / 2ª via arquivar em prontuário