

	Coordenação de Enfermagem INCOR – HCFMUSP	FOR CENF 0022	
	Formulário de Registros	Edição: 02	
	Comprovação da impossibilidade de realização do teste do pezinho e agendamento de nova coleta	Vigência: 04/03/2024	

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

Formulário II

Informamos a **V.Sa.** _____ (nome completo)

Sendo: () mãe () pai () responsável, em relação ao menor:

_____ (nome da criança) nascido em:

___ / ___ / _____, RGHC (Matrícula) _____ Identificador

nº _____ que o hospital **Instituto do Coração – Fundação Zerbini**, ficou

impossibilitado de realizar a coleta de material para o Teste do Pezinho, pelos motivos

indicados: _____

Fica V.Sa. Ciente de que deverá levar, no dia: ___ / ___ / ___, o referido menor
ao _____ (local da

coleta) situado na: _____ (endereço completo)

para coleta de material para o Teste do Pezinho, em conformidade com a Lei nº 8.069, 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.

Assinatura e carimbo do responsável no hospital pelas orientações

Recebi nesta data a 1ª via do protocolo acima, responsabilizando-me a apresentar o recém-nascido: _____

(nome completo) no local agendado acima, para coleta de material para o Teste do Pezinho.

Nome completo do responsável

___ / ___ / ___

Data

RG ou outro documento válido

1ª via responsável / 2ª via arquivar em prontuário

Elaborado por:
Laboratório do Instituto Jô Clemente