

## Notificação de nascimento de bebê com baixo peso corporal

B E B Ê	Nome		Número individual		
	Endereço atual	CEP _____ (Tel. _____ )			
	Local de nascimento (Nome do Hospital)	(Tel. _____ )			
	Data e hora do nascimento	Ano	Mês	Dia	manhã tarde
	semana gestacional (período de gestação)	semanas	dias	Filho No. 1,2,3...( ) , único/gêmeos( )	
	Peso de nascimento	gramas	centimêtros	Sexo	masculino feminino
M Ã E	Nome e idade		Número individual		
	Endereço (Registrado na prefeitura)	CEP _____			
	Residência (outra localidade)	CEP _____			
	Telefone para contato				
O B S E R V A Ç Õ	(Favor relatar suas preocupações, que consultas gostaria de fazer e as condições do bebê.)				
<p>”Com base no artigo 18 da Lei da Saúde Materno-Infantil, notificamos sobre o nascimento de um bebê com baixo peso corporal.</p> <p>Heisei    Ano    Mês    Dia    endereço    CEP</p> <p>   Telefone    Nome (assinatura ou carimbo nominal)    relação com o bebê</p> <p style="text-align: right;">Sr.(a)</p>					

### Cuidados durante o preenchimento

- No campo «Endereço atual» Favor preenche com o endereço onde reside atualmente. Se estiver internado(a), favor preencher com o endereço do hospital.

- No campo «Endereço» Favor preencher com o endereço registrado na prefeitura.
- No campo «Residência» favor preencher com o endereço onde reside atualmente. Para aqueles que estiverem regressando à pátria, favor preencher com o endereço de regresso à pátria.

### Observações

- O termo bebê de baixo peso corporal, se refere à bebês nascidos com peso abaixo de 2500 gramas.

### Mapa (para orientação em caso de visita )