



## INSTITUTO DE HEMOTERAPIA SÍRIO LIBANÊS LTDA.

Rua Dona Adma Jafet, 91 – 3º subsolo – CEP 01308-050 – São Paulo – Brasil

CNPJ : 53.172.417/0001-06 Fone: 3556-6000 - Fax: 3556-6028

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DOAÇÃO PARA MENOR DE IDADE**

**IHSL.AN.RC.020-01**

Nós, (NOME DO PAI) \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_ e (NOME DA MÃE) \_\_\_\_\_,

Portadora do RG \_\_\_\_\_, Autorizamos nosso filho \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Portador do RG \_\_\_\_\_

a realizar o ato de doação de sangue e conseqüentemente receber os exames sorológicos de forma confidencial, se forem alterados, conforme legislação vigente (Portaria de consolidação nº5, 28 de setembro de 2017).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pai (firma reconhecida por autenticidade)

\_\_\_\_\_  
Mãe (firma reconhecida por autenticidade)