

**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)