



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. - CNPJ: 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 - F: (51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO - (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. - CNPJ: 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F: (51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP 91040-000
HOSPITAL FÊMINA S.A. - CNPJ: 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiro, 17 - F: (51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP 90430-001



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

Autorização

Autorizo _____,
com idade de ____ anos a doar sangue voluntariamente no Banco de Sangue do Hospital N. S. da Conceição cumprindo todas as exigências legais, entre elas (mas não restritas a):

- Que, previamente à doação, seja submetido a um exame clínico consistindo de entrevista individual (e exame físico, se necessário), medida dos sinais vitais (frequência cardíaca, temperatura corporal e pressão arterial) e teste para detecção de anemia, visando sua própria proteção e a do receptor do sangue.
- Que seu sangue seja submetido a todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;
- Que seu nome seja incluído em um arquivo de doadores local e nacional;
- Que em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou na suspeita de transmissão de alguma doença infecciosa ao receptor do sangue, permita a sua convocação pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde, para repetição de testes ou testes confirmatórios e de diagnóstico.
- Que os resultados dos exames sejam entregues exclusivamente a ele e não a terceiros.

Nome: _____

() Pai () Mãe () Responsável legal

Nº Documento de Identidade: _____ Tipo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Obs: A cada doação será necessária uma nova autorização.