

TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO

Nome da mãe do bebê: _____	
Nacionalidade: _____	Estado Civil: _____
Profissão: _____	RG n.º _____
CPF/MF n.º _____	e-mail: _____

Nome do pai do bebê: _____	
Nacionalidade: _____	Estado Civil: _____
Profissão: _____	RG n.º _____
CPF/MF n.º _____	e-mail: _____

Residentes e domiciliados na _____ n.º _____

CEP _____, cidade de _____, estado de _____, por meio deste

termo, **PERMITEM E AUTORIZAM** as empresas **CRIOGÊNESIS Clínica de Apoio Diagnóstico e Terapia Celular Ltda.** - inscrita no CNPJ/MF sob n.º 05.547.079/0001-99, situada na Rua Luisiânia 147 – Brooklin Novo – São Paulo – SP, CEP 04560-020, clínica médica devidamente inscrita no CRM sob o n.º 34.713 e **CRIOGÊNESIS Biotecnologia Ltda.** - inscrita no CNPJ/MF sob n.º 07.796.165/0001-60, situada na Rua Luisiânia 147, sala 1 - Brooklin Novo – São Paulo – SP, CEP 04560-020, a proceder à coleta, o processamento e a criopreservação do Sangue do Cordão Umbilical do recém-nascido, imediatamente, após a realização do parto a ser realizado no Hospital _____.

Os pais declaram, sob as penas da lei, a veracidade das informações, como também terem pleno conhecimento das condições relativas ao conjunto de procedimentos que constituem a coleta e as subsequentes intervenções, assim como ao CONTRATO DE ADESÃO, que faz parte integrante deste termo (contrato de adesão está disponibilizado no site www.criogenesis.com.br).

Condições comerciais aplicadas a este Contrato:

Valor Contratado: R\$	Forma de Pagamento: à vista () parcelado () n.º parcelas ()
Anuidade: R\$	Forma de Pagamento: à vista () parcelado () n.º parcelas ()

Local: _____

Data: _____

Assinatura da mãe

Assinatura do pai

Testemunha

Nome

RG n.º

Testemunha

Nome

RG n.º