

Consentimento Internacional para Registro de Nascimento

Espaços () devem ser obrigatoriamente preenchidos

Parabéns ! Recebemos recentemente um relatório de gravidez através da utilização de esperma de um doador do Fairfax Cryobank, Inc. (daqui em diante conhecidos somente como Cryobank), que tinha sido obtido a partir de nosso representante Fairfax Cryobank Brasil. Como a gravidez resultou de um doador ID, conforme o acordo original assinado no momento do seu pedido , você deve registrar o nascimento de seu filho/a(s) com o Cryobank para que ele / ela a partir e somente com 18 anos ou mais, possa receber a informação do doador . Apenas utilizando amostras de sêmen de doador ID não é possível obter o acesso à informação de identificação. Para garantir que a informação de identificação do doador será fornecida, você deve completar as seguintes informações e devolver o formulário de inscrição para Cryobank após o nascimento de seu filho ou até atingirem a idade de 18 anos. Se você optar por não registrar o seu filho junto ao Cryobank, o doador vai permanecer anônimo e seu filho não vai ser capaz de acessar as informações de identificação, uma vez que ele / ela atinge 18 anos ou mais . As informações fornecidas abaixo são confidenciais e só serão utilizadas quando seu filho/a efetuar a solicitação de identificação sobre o doador. Lembramos que esta solicitação deve poder ser realizada somente pelos seus filhos quando atingirem a idade determinada, não sendo possível ser realizada por você(s), ou antes, da idade determinada (18 anos)

Identificação dos Pais:

()	Endereço
Assinatura (Paciente)	()
()	Cidade, Estado, País, CEP
Nome Completo	()
()	Telefone – Contato Diurno

Identificação do Médico que realizou a Inseminação ou Transferência de Embriões:

()	()
Nome Completo + CRM	Nome da Clínica
()	
Endereço Completo	
()	
Cidade, Estado, País, CEP	
()	
Telefone	

Dia da Inseminação ou Transferência de Embriões que resultaram na gestação _____ / _____ / _____
mm / dd / aaaa

Os embriões utilizados foram previamente congelados para tentativa futura de gestação? Sim Não

A gestação foi resultado de embriões previamente congelados? Sim Não

Se afirmativo, qual foi a data de fertilização dos embriões? _____ / _____
mm / aaaa

Doador # _____ Tipo: FAIRFAX CRYOGENIC

Identificação do Nascimento:

Recém-nascido 1

Nome Completo

_____/_____/_____

Data de Nascimento mm / dd / aaaa

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Recém-nascido 2 (se aplicável)

Nome completo

_____/_____/_____

Data de Nascimento mm / dd / aaaa

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Observação: Para o registro ser efetivado é necessário o envio juntamente com este documento de cópias autenticadas da certidão de nascimento

Favor enviar para: Fairfax Cryobank Brasil / Crio Brasil Serviços
Alameda dos Jurupis, 657 – loja 2
Moema
São Paulo – SP
04088-002

Uso Interno:

Recebimento dos documentos _____/_____/_____

Ordem / Doador confirmado _____/_____/_____

Médico Responsável confirmado _____/_____/_____