

## **AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR DE IDADE**

Autorizo \_\_\_\_\_, brasileiro(a), menor, nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_ a proceder à doação de sangue na H.Hemo Hemoterapia Brasil, conveniado ao Banco de Sangue Paulista em 18/03/2022 .

Estou ciente que o(a) autorizado(a) estará sujeito(a) às triagens clínica e laboratorial e aos demais procedimentos previstos no Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos (Portaria N°. 1353/2011 do Ministério da Saúde).

Estou ciente também que a entrega de eventuais resultados alterados de exames realizados, somente será feita ao próprio(a) doador(a).

Responsável legal:

\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de (nome pai / mãe) identidade nº. \_\_\_\_\_, expedida por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura igual à do RG)

\_\_\_\_\_  
(telefones do responsável legal para contato)

**Em vista da possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação, é recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto no dia da doação.**

**Essa autorização deverá ser acompanhada pelo documento oficial (RG) do responsável legal, mais uma cópia simples do mesmo que ficará retida na Instituição.**