



AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CANDIDATO MENOR DE IDADE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ (órgão expedidor _____), na qualidade de **responsável legal**, autorizo a(o) menor _____, portador(a) do RG nº _____ (órgão expedidor _____), a se candidatar como **doador(a) de sangue**, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor (PORTARIA MS 2712 DE 12/11/2013, PUBLICADA NO DOU DE 13/11/13).

Estou ciente de que tal ato pressupõe:

1. A formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional;
2. O preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínica e epidemiológica do candidato;
3. A efetiva doação de sangue;
4. A realização de exames de triagem laboratorial.

Estou ciente também de que não terei acesso à entrevista clínica e não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue ao próprio doador, conforme disposição legal (ART. 38, § 1º E 2º DA PORTARIA MS Nº 2712 DE 2013, PUBLICADA NO D.O.U. DE 13/11/13).

____/____/20____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DATA

(como no documento de identidade)

Esta declaração, que ficará retida no Serviço de Hemoterapia, deverá ser apresentada pelo menor no dia em que se candidatar para doação de sangue, acompanhada do documento de identidade do responsável, original ou cópia autenticada.

sasbrasil.org.br | [@sasbrasil4x4](https://www.instagram.com/sasbrasil4x4)

Saúde Alegria e Sustentabilidade Brasil | CNPJ 22.105.994/0001-43
R. Cláudio Soares, 72 - sala 212 | 05422-030 São Paulo SP