



HEMOCENTRO

## AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR RELATIVAMENTE INCAPAZ (com mais de 16 anos)

Eu, \_\_\_\_\_,  
na qualidade de \_\_\_\_\_, responsável  
por \_\_\_\_\_,  
de nacionalidade \_\_\_\_\_, menor relativamente incapaz,  
nascido (a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, portador (a) da Cédula de Identidade R.G.  
nº. \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o  
nº. \_\_\_\_\_, autorizo-o a proceder à doação  
de sangue no Hemocentro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.  
Estou ciente que o (a) autorizado (a) estará sujeito (a) à triagem clínica e laboratorial e  
aos demais procedimentos previstos no Regulamento Técnico de Procedimentos  
Hemoterápicos (Portaria nº. 1353/2011 do Ministério da Saúde), com o que declaro  
meu consentimento.

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

Responsável Legal

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

OBS.: Diante da possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação, é  
recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto responsável no dia da doação.

A assinatura do responsável legal deverá ter a firma reconhecida por semelhança.

Essa autorização deverá ser acompanhada pelo documento original do responsável legal e do  
menor doador, ambos com foto e uma cópia simples de cada documento que ficará arquivada  
no hospital.