



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.