



## AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE CANDIDATO MENOR DE IDADE

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ na qualidade de responsável legal, autorizo o menor \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ a se candidatar como doador de sangue, sendo submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de Hemoterapia em vigor. (Resolução- RDC nº34, de 11/06/2014/ANVISA/MS e Portaria de Consolidação MS/GM nº5/ 2017- Anexo IV).

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 clínico-epidemiológica do candidato;
- 3) A efetiva doação de sangue;
- 4) A realização de exames de triagem laboratorial, tais como HIV, SÍFILIS, HEPATITE B, HEPATITE C, DOENÇA DE CHAGAS, HTLV;

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 do Art.38, §3º, da Portaria de Consolidação MS/GM nº5/2017- Anexo IV.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável  
(Como no Documento de Identidade que irá apresentar no ato da doação)

**ATENÇÃO:** 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.