

**AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE
CANDIDATO MENOR DE 18 ANOS**

Eu, _____ portador da RG Nº _____ órgão expedidor _____, na qualidade de responsável legal, autorizo _____, menor de idade, portador do RG Nº _____ órgão expedidor _____ a se candidatar como doador de sangue, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor (Portaria MS nº2.712, publicada no Diário Oficial de 12 de novembro de 2013).

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; e [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 estes resultados serão entregues somente ao próprio doador, conforme disposição dos § 1º, 2º, 3º do artigo 38, artigos 67 e 68 da Portaria MS 2.712/2013.

Data ____/____/____

Assinatura do responsável
(Como no documento de identidade)

Esta declaração, que ficará retida no serviço de hemoterapia juntamente com uma cópia do documento de identidade do responsável legal. E deverá ser apresentada pelo menor no dia em que se candidatar para doação de sangue, acompanhada do documento de identidade original ou cópia do responsável legal.