



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. _____, Expedida 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.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
U.E.S. DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
C.C. 010061601

