



HOSPITAL DO CÂNCER I  
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

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

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador da RG nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_, na  
qualidade de responsável legal, autorizo o menor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ portador da 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 Nº 2712 DE 12/11/2013, PUBLICADA NO D.O.U. DE 13/11/13).

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 clínica e epidemiológica do candidato;
3. A efetiva doação de sangue;
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 este resultado só poderá ser entregue ao próprio doador, conforme disposição legal (ART. 38, § 1º E 2º DA PORTARIA MS Nº 2712 DE 2013, PUBLICADA NO D.O.U. DE 13/11/13).

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  
(como no documento de identidade)

\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA

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.