



AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE MENORES DE 18 ANOS – PAIS

Autorizo o(a) menor _____
portador (a) do RG nº _____ emitido pela SSP- _____, em ___/___/_____, a
candidatar-se à doação voluntária de sangue no Serviço de Hemoterapia de São José dos Campos, sendo
para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em
vigor (Portaria MS nº 158/2016, publicada no Diário Oficial de 04/02/2016).

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.

Certo(a) de que não terei acesso à entrevista clínica e não receberei 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 MS nº 158/2016.

Por fim, declaro-me ciente de que intercorrências clínicas, ainda que infrequentes, possam acontecer
durante ou após a doação e me comprometo a ficar acessível para contato pelos telefones:

_____.

Responsável Legal:

_____ portador(a)
do RG nº _____ emitido pela SSP- _____, em ___/___/_____.

Assinatura do responsável
(igual do documento apresentado)

Esta declaração será válida mediante a presença do responsável legal. No caso de guardiães, anexar a
cópia autenticada do termo de guarda.

_____, _____ de _____ de 20 _____