

AUTORIZAÇÃO (PAIS/GUARDIÃES) PARA MENOR DE 18 ANOS DOAR SANGUE.

(NOME COMPLETO) _____,

Documento nº. _____, tipo _____, emitido por _____, em ___/___/___.

Residente à (Av./Rua) _____ Bairro

_____ Cidade _____.

(NOME COMPLETO) _____,

Documento nº. _____, tipo _____, emitido por _____, em ___/___/___.

Residente à (Av./Rua) _____ Bairro

_____ Cidade _____.

Na qualidade de responsáveis legais (pais/guardiães), autorizamos o (a) menor (nome completo)

_____ Documento nº. _____,

tipo _____, emitido por _____, em ___/___/___, a candidatar-se à doação

voluntária de sangue na **Fundação HEMOBA**, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas nas normas de hemoterapia em vigor (Portaria MS nº2712 de 12 de novembro 2013, publicada no Diário Oficial de 13/11/2013. Estamos cientes 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.

Estamos cientes de que não teremos acesso à entrevista clínica e não poderemos receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue

ao próprio doador, conforme disposição do art. 31§ 2º da Portaria mencionada acima.

Também cientes de que intercorrências clínicas, ainda que infrequentes, podem acontecer durante ou após a doação, nos comprometemos a ficar acessíveis para contato pelos telefones:

_____ ; _____ ; _____ ; _____.

Local: _____, data ___/___/___.

_____ e _____

Assinatura do (s) responsável (is)