



AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE MENOR DE IDADE

Eu, _____
Responsável legal (Nome do pai/mãe)

Portador (a) da cédula de identidade nº _____, expedida por _____,
autorizo _____ brasileiro (a), menor,
nascido (a) em ____/____/____, portador da cédula de identidade nº _____,
expedida por _____ a proceder doação de sangue no Instituto Brasileiro de
Controle do Câncer – IBCC em ____/____/____.

Estou ciente que o (a) autorizado será submetido (a) às triagens clínicas e laboratoriais e aos demais procedimentos previsto no *Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos*, incluindo realização dos exames de HIV, HTLV I II, Sífilis, Chagas, Hepatite, B e C (conforme Portaria M.S Nº 1353/2011, Art. 33 § 2, ITEM I). Estou ciente também de que a entrega de eventuais resultados de exames realizados, somente será feita ao próprio doador (a).

Telefone: (____) _____ - _____

(Assinatura igual ao RG)

Pela possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a doação, é recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto no dia da doação. Essa autorização deverá ser acompanhada pelo documento oficial (RG) do responsável legal, mais uma cópia simples do mesmo que ficara retida na instituição.