



**TERMO DE CONSENTIMENTO DE DOAÇÃO DE SANGUE PARA
CANDIDATOS MENORES DE 18 ANOS (DE 16 A 18 ANOS INCOMPLETOS)**

Declaro para os devidos fins que eu, _____
_____(responsável legal).

Nº Documento: _____ Tipo: _____ Órgão Emissor: _____

Sou responsável legal por _____
_____(candidato a doador menor).

Nº Documento: _____ Tipo: _____ Órgão Emissor _____

Data de Nascimento ____/____/____.

Filiação:

Pai: _____

Mãe: _____

e autorizo o (a) mesmo a realizar a doação de sangue no Serviço de Hemoterapia do **Hospital Santa Catarina**, cumprindo as exigências e responsabilidades previstas aos demais doadores, conforme a portaria vigente.

Estou ciente de que ele (a) irá submeter-se a triagem clínica e a realização de exames necessários a triagem sorológica, cujos resultados somente poderão ser entregues ao próprio doador, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais.

Obs. 1: No ato da doação o candidato deverá apresentar um **Documento Oficial Original com Fotografia (conforme portaria MS Nº 1.353 de 13/06/2011)**.

Obs. 2: O termo de consentimento deverá ser entregue no ato da doação, devidamente assinado e com cópia do documento oficial do representante legal. Para os casos de **TUTELA**, deverá ser entregue cópia do documento legal (**TUTELA JURISDICIONAL**).

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO RESPONSÁVEL LEGAL NO VERSO.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Responsável Legal
(Assinar de acordo com documento apresentado)

Assinatura do Candidato
a Doador de Sangue