



---

## AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE EM MENOR DE IDADE

Eu, **(responsável legal)** \_\_\_\_\_  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ autorizo o menor  
\_\_\_\_\_ portador do RG  
nº \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_, a se candidatar como doador de sangue  
(com idade entre 16 e 17 anos de idade), e ser submetido a todas as exigências e  
responsabilidades previstas pela legislação vigente, como ocorre com os demais doadores,  
inclusive ser submetido a triagem clínica, realização e entrega de resultados da triagem  
laboratorial.

Neste ato estou ciente e concordo que os dados do menor farão parte do cadastro de  
doadores do serviço de hemoterapia; não terei acesso à entrevista clínica e os resultados  
dos testes realizados serão entregues apenas ao doador, conforme **art. 36, Inciso II, da  
Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde (origem Port. MS/GM158/2016)**.

**Esta declaração ficará retida no Serviço de Hemoterapia e deverá ser apresentada pelo menor no  
dia em que se candidatar para doação. É obrigatória a apresentação do documento de identidade  
do responsável, original ou cópia autenticada.**

**Atenção:**

- Estou ciente que intercorrências clínicas, ainda que infrequentes, podem acontecer durante ou após a doação, me comprometendo a ficar acessível para contato pelos **telefones** \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.
- No caso de guardião ou tutor, anexar o termo de guarda e tutela.
- No caso de emancipado legal previsto no Código Civil, deverá apresentar **cópia com documento original**, compatível com sua situação, que será anexada a ficha de doação.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável legal