



**AUTORIZAÇÃO PARA MENOR DE 18 ANOS DOAR SANGUE NO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DO SUDOESTE**

Eu, (Nome completo do Responsável Legal)* _____

_____ RG nº* _____, Tipo

(Inserir o tipo do doc. Ex: RG, CNH)* _____, Residente à (Av./Rua)

_____ Nº* _____,

Bairro* _____ Cidade/Estado* _____.

Na qualidade de responsável legal

(pai/mãe/guardião/Tutor), autorizo o(a) menor (nome completo do candidato(a) à doação)*

Nome Social _____, Documento

nº* _____, Tipo (Inserir o tipo

do documento, RG, CNH)* _____, a candidatar-se à doação voluntária de sangue no

Serviço de Hemoterapia do Sudoeste.

Autorizo, ainda, que a Serviço de Hemoterapia do Sudoeste entre em contato por e-mails e telefones cadastrados para convite ao menor _____ acima citado

para novas doações. Solicito que o menor seja tratado por seu Nome Social, se acima expresso.

Estou ciente de que : A) o(a) menor será submetido(a) a todas as exigências e responsabilidades estabelecidas aos demais doadores, previstas nas normas de hemoterapia em vigor (Portaria de Consolidação MS nº5, a n e x o I V /2017,

publicada no Diário Oficial de 03/10/2017 – Seção II, Capítulo I, Título II); B) de que o cadastro e ato da doação pressupõem:

formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional; o

preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínico-epidemiológica do(a) candidato(a); a efetiva doação de

sangue; a realização de Triagem Clínica e realização e recebimento de triagem laboratorial (Portaria de Consolidação MS nº

5/2017, ANEXO IV, Título II, Capítulo I, Seção II, Art.38, Art. 67 e Art.68); C) de que não terei acesso à entrevista clínica; D) de

que não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue

ao próprio doador(a), ou mediante apresentação de procuração com firma reconhecida, conforme disposto na Portaria de

Consolidação MS nº 5/2017, ANEXO IV, Título II, Capítulo I, Seção II, Art. 31 e Art. 38; E) de que no dia da doação do(a) menor,

o(a) mesmo(a) deverá comparecer com seu documento de identificação oficial, original e com foto, com esta autorização

preenchida e por mim assinada com assinatura igual à da fotocópia do meu documento de identificação original, oficial que

deverá ser, também, apresentada no dia da doação; F) de que é obrigatório o preenchimento dos campos desta autorização

sinalizados com asterisco (*); G) de que o Serviço de Hemoterapia do Sudoeste, na condição de Controladora dos dados pessoais

pela Lei

Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018, poderá realizar atividades que envolvem tratamento de dados pessoais que

serão inseridos e tratados no sistema e processo de doação de sangue do Serviço de Hemoterapia do Sudoeste, atuando segundo

as legislações vigentes

de segurança da informação e proteção de dados pessoais; e que poderei revogar o consentimento, a qualquer tempo, por e-

mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2018 H) de que intercorrências clínicas, ainda que

infrequentes, podem acontecer durante ou após a doação, razão pela qual me comprometo a ficar acessível para contato

pelo(s) telefone(s):

_____ e _____ e _____.

Local _____, Data: _____/_____/_____

Assinatura do responsável legal

Esta declaração deverá ser apresentada pelo(a) menor juntamente com seu documento de identificação oficial, original com foto, no dia em que se candidatar para a doação de sangue, e será válida mediante a apresentação de fotocópia legível do documento de identificação do responsável legal autorizante, cuja assinatura seja idêntica a constante nesta autorização. No caso de guardião ou tutor, deverá ser apresentada, também, a fotocópia autenticada do termo de guarda ou de tutela.