GRUPO GSH

TERMO DE AUTORIZAÇÃO
PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR DE IDADE

O presente termo tem o objetivo de comprovar as informações prestadas ao Responsável Legal pelo menor dos principais aspectos relacionados à autorização para a doação de sangue, e formalizar o consentimento livre e esclarecido do responsável para a realização do referido procedimento no menor.

Candidato a doação menor de idade: _____

_____

Nome Social (quando aplicável):_____

DN: _____/_____/_____ CPF: _____

Autorizo o (a) menor de idade acima referenciado a se candidatar à doação voluntária de sangue em unidade pertencente ao Grupo GSH.

Estou ciente que:

1. O(a) autorizado(a) estará sujeito(a) às triagens clínica e laboratorial e aos demais procedimentos previstos na legislação vigente para doação de sangue;
2. A entrega de eventuais resultados alterados de exames realizados somente será feita ao(à) próprio(a) doador(a);
3. Recomendamos que o(a) menor esteja acompanhado(a) por um adulto no dia da doação, tendo em vista a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação;
4. Recomendamos, ainda, que verifiquem em nosso site (https://www.doesanguedoevida.com.br) outros requisitos básicos e principais impedimentos para a doação.

Esta autorização deverá estar acompanhada por uma cópia simples do documento oficial do responsável legal (preferencialmente RG ou CNH desde que contenha CPF), caso este não esteja presente no dia da doação.

O(A) menor deverá apresentar o seu documento oficial, com foto recente, que permita a identificação do(a) candidato(a).

Responsável legal (pai, mãe ou tutor):

Nome completo:_____

Parentesco: _____ DN: _____/_____/_____ CPF: _____

Telefone de contato: (____)_____

Data _____/_____/_____ Hora: _____:_____ _____

Assinatura do Responsável Legal
(igual ao documento apresentado/anexado)