



**AUTORIZAÇÃO (PAI/MÃE/GUARDIÃO/TUTOR) PARA MENOR DE 18 ANOS DOAR SANGUE
(A PARTIR DA 2ª DOAÇÃO DE SANGUE)**

Eu, _____, documento de identidade nº _____, tipo _____, emitido por _____, em ___/___/___, residente à (Av./Rua) _____ Bairro _____ Cidade _____ na qualidade de responsável legal, autorizo o(a) menor _____ documento de identidade nº _____, tipo _____, emitido por _____, em ___ / ___ / ___ , a candidatar-se à doação voluntária de sangue na Hemorrede do Rio Grande Norte Dalton Cunha **(HEMONORTE ou Unidades de Coletas do Interior)**, sendo para tal submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas na legislação vigente.

Estou ciente de que tal ato pressupõe:

- 1- a formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional;
- 2- o preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínico-epidemiológica do candidato;
- 3- a efetiva doação de sangue e
- 4- a realização de exames de triagem laboratorial.

Estou ciente de que não terei acesso à entrevista clínica e não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue ao próprio doador, conforme legislação vigente.

Também estou ciente que intercorrências clínicas, ainda que pouco frequentes, podem acontecer durante ou após a doação, portanto, me comprometo a ficar acessível para contato pelos telefones: _____

Local _____, data ____/____/____

Assinatura do responsável legal

Observação: A partir da segunda doação de sangue, o menor deverá comparecer ao HEMONORTE portando:

- ✓ Autorização do responsável (PAI/MÃE/GUARDIÃO/TUTOR) que acompanhou o menor na 1ª doação;
- ✓ Fotocópia legível do documento de identificação do responsável;
- ✓ Cópia autenticada do Termo de Guarda ou tutela, no caso de guardião ou tutor.

Atenção: A assinatura do responsável legal, nesta autorização, deverá ser idêntica à do documento apresentado.