

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR DE IDADE



Eu _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____, portador
do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua
_____, em _____,
na qualidade de representante legal AUTORIZO a doação de sangue do menor
_____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____, portador
do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua
_____, na forma do que dispõe a Portaria
de Consolidação nº 5 de 03 de outubro de 2017, Anexo IV - Do Sangue, Componentes e Derivados.
Declaro ainda que estou ciente e manifesto minha concordância com o seguinte:

- I - o sangue doado pode ser utilizado em qualquer paciente que dele necessite;
- II - na realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes;
- III - que o nome do doador seja incorporado a arquivo de doadores, local e nacional;
- IV - que, em caso de resultados reagentes ou inconclusivos nas triagens laboratoriais, ou em situações de retrovigilância, seja permitida a “busca ativa” pelo serviço de hemoterapia ou por órgão de vigilância em saúde, para repetição de testes ou testes confirmatórios e de diagnóstico, e
- V - que o sangue doado quando não utilizado em transfusão, pode ser utilizado em produção de insumos e hemoderivados, autorizado legalmente.

Aracaju, _____ de _____ de _____

Menor

Representante Legal

OBS.: A autorização deverá ser entregue no ato da doação, devidamente assinado e com a cópia do Documento Oficial do Representante Legal. Para os casos de TUTELA, deverá ser entregue cópia do documento legal (TUTELA JURISDICIONAL).