



**AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE
DO ADOLESCENTE**

Código:
FOR CAPD 012

Versão/Ano:
02/2018

Eu, _____,
Portador(a) da célula de identidade nº _____ e do
CPF nº _____, representante legal do adolescente

Portador(a) da célula de identidade nº _____ e
do CPF nº _____, autorizo que o mesmo faça doação de sangue
neste Hemocentro, com o cumprimento de todas as exigências e responsabilidades previstas aos
demais doadores, bem como para submeter-se a triagem clínica, realizar e receber os resultados
da triagem laboratorial na forma prevista na legislação vigente para doação de
sangue.

Desta forma, declaro expressamente ter ciência do procedimento que 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 doador;
- 3) a efetiva doação de sangue;
- 4) a realização de exames de triagem laboratorial.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do Doador

Representante legal (pai, mãe ou tutor)
(Assinatura igual ao RG) (telefones do responsável legal para contato)

Essa autorização deverá ser acompanhada pelo documento oficial (RG) do responsável legal, mais uma cópia simples do mesmo, que ficará retida na Instituição.