

 criobanco <small>MEDICINA E TERAPIA CELULAR</small>	TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE DE MENOR DE 18 ANOS	Código FRM.059
		Versão 01 27/08/2012

Eu, _____ portador do RG nº _____ e CPF nº _____, residente a rua _____, nº _____, na cidade de _____, declaro ser responsável legal de _____ e autorizo _____ (NOME DO DOADOR COM 16 OU 17 ANOS) portador do RG nº _____, a doar sangue seguindo os critérios de doação estabelecidos pela Portaria Ministerial nº 1353, de 13 de junho de 2011.

_____, de _____ de 20____

Candidato à doação de sangue

Responsável legal

(Assinar como no documento apresentado)

Se o adolescente se apresentar com o responsável legal: deverá ser entregue o Termo de Autorização no ato da doação, devidamente assinado e deve ser anexada cópia do documento oficial com foto do representante legal.

Se o adolescente se apresentar sozinho para doação, terá que portar o Termo de Autorização assinado pelo responsável legal, com firma/assinatura reconhecida em cartório, por autenticidade e não por semelhança.

Para os casos de tutela, deverá ser entregue cópia do documento legal (Tutela Jurisdicional).