

## **Consentimento formal para candidato à doação de sangue menor de idade.**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do R.G. nº \_\_\_\_\_, autorizo o(a) menor  
\_\_\_\_\_, portador do R.G. nº  
\_\_\_\_\_ a ser candidato à uma doação de sangue, no(a) qual será  
submetido(a) à uma triagem clínica, contendo perguntas sobre seu estado de saúde  
geral, avaliação clínica e laboratorial do nível de hemoglobina.

Autorizo que seja realizada uma doação de sangue e que sejam realizados  
exames laboratoriais para HIV, Hepatite B, Hepatite C, Sífilis, Doença de Chagas,  
HTLV e Eletroforese de Hemoglobina e que os resultados dos testes de triagem  
laboratorial do(a) doador(a) somente poderão ser entregue ao próprio doador(a), não  
sendo permitido a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal