



HEMOMED

SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA LTDA



HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA - OSS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO DE SANGUE COM IDADE ENTRE 16 A 18 ANOS

Eu, _____, Rg: _____, responsável
legal pelo menor _____, Rg: _____, com _____

anos de idade, autorizo a doação de sangue e a entrega de resultados de exames para o menor de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 1535 de 13 de junho de 2011, artigo 33.

De acordo: Responsável Legal: _____ (assinatura)

Menor Doador: _____ (assinatura)

Obs: O menor deverá vir acompanhado do responsável legal com documento que comprove tal situação **ou** trazer este Termo assinado e com cópia do Rg do responsável legal **ou** com firma reconhecida em cartório.

São Paulo, ____/____/____ .