



AUTORIZAÇÃO PARA MENOR DE 18 ANOS DOAR SANGUE NA HEMOMINAS

CCD: 331.12

Eu, (Nome completo do Responsável Legal)* _____, CPF*: _____

Documento nº* _____, Tipo (Inserir o tipo do doc. Ex: RG,CNH)* _____

Residente à (Av./Rua)* _____ Nº* _____ Comp._____,

Bairro* _____ Cidade/Estado* _____ na qualidade de responsável legal
(pai/mãe/guardião/Tutor), autorizo o(a) menor (nome completo do candidato(a) à doação)* _____

Nome Social _____, Documento nº* _____, Tipo (Inserir o tipo
do documento, RG,CNH)* _____, a candidatar-se à doação voluntária de sangue na Fundação HEMOMINAS.

Autorizo, ainda, que a Hemominas entre em contato por e-mails e telefones cadastrados para convite ao menor acima citado para novas doações. Solicito que o menor seja tratado por seu Nome Social, se acima expresso. Declaro que li o [Termo de Consentimento](#), o [Folder Informativo](#) e o [Folder IST](#), que se encontram também disponíveis nas Unidades.

Estou ciente de que: **A)** o(a) menor será submetido(a) a todas as exigências e responsabilidades estabelecidas aos demais doadores, previstas nas normas de hemoterapia em vigor (Portaria de Consolidação MS nº5, anexo IV/2017, publicada no Diário Oficial de 03/10/2017 – Seção II, Capítulo I, Título II); **B)** de que o cadastro e ato da doação pressupõem: formação de cadastro no Serviço de Hemoterapia, com incorporação dos dados nos arquivos de doadores local e nacional; o preenchimento de questionário e entrevista para avaliação clínico-epidemiológica do(a) candidato(a); a efetiva doação de sangue; a realização de Triagem Clínica e realização e recebimento de triagem laboratorial (Portaria de Consolidação MS nº 5/2017, ANEXO IV, Título II, Capítulo I, Seção II, Art.38, Art. 67 e Art.68); **C)** de que não terei acesso à entrevista clínica; **D)** de que não poderei receber o resultado dos exames de triagem laboratorial, visto que este resultado só poderá ser entregue ao próprio doador(a), ou mediante apresentação de procuração com firma reconhecida, conforme disposto na Portaria de Consolidação MS nº 5/2017, ANEXO IV, Título II, Capítulo I, Seção II, Art. 31 e Art. 38; **E)** de que no dia da doação do(a) menor, o(a) mesmo(a) deverá comparecer com seu documento de identificação oficial, original e com foto, com esta autorização preenchida e por mim assinada com assinatura igual à da fotocópia do meu documento de identificação original, oficial que deverá ser, também, apresentada no dia da doação; **F)** de que é obrigatório o preenchimento dos campos desta autorização sinalizados com asterisco (*); **G)** de que a Fundação Hemominas, na condição de Controladora dos dados pessoais pela Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº 13.709/2018, poderá realizar atividades que envolvem tratamento de dados pessoais que serão inseridos e tratados no sistema e processo de doação de sangue da Hemominas, atuando segundo as legislações vigentes de segurança da informação e proteção de dados pessoais; e que poderei revogar o consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2018 **H)** de que intercorrências clínicas, ainda que infrequentes, podem acontecer durante ou após a doação, razão pela qual me comprometo a ficar acessível para contato pelo(s) telefone(s):

Fixo (_____), Celular (_____), Comercial (_____.)

Local _____, Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do responsável legal (igual a do documento de identificação)

Esta declaração deverá ser apresentada pelo(a) menor juntamente com seu documento de identificação oficial, original com foto, no dia em que se candidatar para a doação de sangue, e será válida mediante a apresentação de fotocópia legível do documento de identificação do responsável legal que autoriza, cuja assinatura seja idêntica a constante nesta autorização. No caso de guardião ou tutor, deverá ser apresentada, também, a fotocópia autenticada do termo de guarda ou de tutela.

