

REGISTRO	Página: 1 de 1	
	CI_R009	
TERMO DE CONSENTIMENTO MENOR IDADE	Revisão 04 30/04/2024	Implementação Agosto/2020
	COLETA INTERNA	

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
RG nº _____, responsável legal por

RG nº _____, o/a autorizo a doar sangue na Seção Técnica de Hemoterapia da Divisão Hemocentro do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, e estou ciente de que seu sangue será submetido a testes elencados abaixo, conforme exigências por lei e normas técnicas vigentes do Ministério da Saúde:

- Imunohematológicos (grupo sanguíneo ABO e Rh);
- Sorológicos (Hepatites B e C, Sífilis, Doença de Chagas, HIV e HTLV),
- Teste de Solubilidade (Teste de Itano)

Eu, representante legal, estou ciente de que o Hemocentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu atua segundo a LGPD (lei geral de proteção de dados pessoais no 13.709/18).

Botucatu, ____ de _____ de 20 ____.

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO CANDIDATO À DOAÇÃO