

**AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA DOAÇÃO DE MENORES COM 16 E 17 ANOS:**

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**

Eu, \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_

Ciente do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017; autorizo o menor \_\_\_\_\_, pelo qual sou responsável, a doar sangue neste serviço.

Anexar cópia de identidade oficial do responsável com assinatura igual à deste documento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_

Assinatura de um dos pais: \_\_\_\_\_

Obs: O responsável legal não sendo um dos pais, trazer xérox do documento de designação de pátrio poder assinada pelo M. Juiz.