**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA DOAÇÃO DE SANGUE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente dos procedimentos, riscos e eventuais reações adversas inerentes à doação de sangue, conforme orientação fornecida pela equipe técnica. Declaro que forneci informações verdadeiras sobre meu estado de saúde e autorizo a coleta de sangue para os fins propostos.

Declaro ainda que isento a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE A IGREJA DE JESUS CRISTO DOS SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS de qualquer responsabilidade por eventuais complicações, estando ciente de que a ação é conduzida por profissionais qualificados da XXXXXXXXXX.

LOCAL, DATA

**Nome do doador:**

**Assinatura:**

**Nome do Responsável Técnico:**

**Assinatura:**