

**TERMO DE CONSENTIMENTO
DO RESPONSÁVEL LEGAL PARA CANDIDATOS À
DOAÇÃO DE SANGUE DE 16 E 17 ANOS**

FORM.REC 03

REV: 04

FL 1 de 02

Declaro para os devidos fins que eu, _____,
(Responsável legal)

Documento Nº _____ Tipo _____ Órgão Emissor _____,
CPF _____, sou Responsável Legal por

(Nome do Candidato a Doação)

RG Nº _____, CPF _____,

Data de Nascimento ____/____/____,

Filiação do candidato à doação _____

e autorizo o(a) mesmo(a) **a realizar a doação de sangue no HEMOCE** cumprindo todas as exigências e responsabilidades previstas aos demais doadores.

Estou ciente de que ele(a) irá submeter-se a triagem clínica e a realização de exames necessários à triagem sorológica, cujos resultados **somente poderão ser entregues ao próprio doador**, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Candidato à doação de sangue

Responsável Legal
(Assinar de acordo com o documento apresentado)

Responsável pelo atendimento

NOTA₁: No ato da doação, o Candidato deverá apresentar um DOCUMENTO OFICIAL COM FOTOGRAFIA: carteira de identidade, carteira nacional de habilitação, carteira de trabalho, passaporte, certificado de reservista e carteira profissional emitida por classe, conforme Portaria de Consolidação N° 5 – MS/2017.

NOTA₂: O TERMO DE CONSENTIMENTO deverá ser entregue no ato da doação, devidamente assinado e com cópia do DOCUMENTO OFICIAL do Representante legal. Para os casos de TUTELA, deverá ser entregue cópia do documento legal (TUTELA JURISDICIONAL).

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO RESPONSÁVEL LEGAL

*COLE A CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL NESTE
LOCAL*

PARA USO EXCLUSIVO DO HEMOCE

**EU, _____, ATESTO QUE O REPRESENTANTE
LEGAL COMPARECEU COM O CANDIDATO À DOAÇÃO DE SANGUE E APRESENTOU O DOCUMENTO
OFICIAL ORIGINAL.**

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do funcionário do HEMOCE