

Dados do responsável legal

Declaro para os devidos fins que eu,

(NOME COMPLETO, SEM ABREVIACÕES)

portador do documento de Nº _____, Tipo _____,

Órgão Emissor _____, do CPF _____, sou o

responsável legal por:

Dados do menor candidato à doação

(NOME COMPLETO, SEM ABREVIACÕES)

portador do documento de Nº _____, Tipo _____,

Órgão Emissor _____, do CPF _____, com data de

nascimento ____/____/____,

de filiação _____

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 à triagem clínica e à 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