



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo - HEMOES

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE EM MENOR DE IDADE

Eu, **(responsável legal)** _____
portador do RG nº _____ órgão expedidor _____ autorizo o menor
_____ portador do RG
nº _____ órgão expedidor _____, a se candidatar como doador
de sangue (com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) anos de idade), e ser
submetido a todas as exigências e responsabilidades previstas pela legislação
vigente, como ocorre com os demais doadores, inclusive ser submetido a triagem
clínica, realização e entrega de resultados da triagem laboratorial.

Neste ato estou ciente e concordo que os dados do menor farão parte do cadastro
de doadores do serviço de hemoterapia; não terei acesso à entrevista clínica e os
resultados dos testes realizados serão entregues apenas ao doador, conforme **Art.
31, Inciso I e II, da Portaria MS 2712, de 12/11/ 2013.**

**Esta declaração ficará retida no Serviço de Hemoterapia e deverá ser apresentada pelo menor
no dia em que se candidatar para doação, é obrigatória a apresentação do documento de
identidade do responsável, original ou cópia autenticada.**

Atenção:

- Estou ciente que intercorrências clínicas, ainda que infrequentes, podem acontecer durante ou após a doação, me comprometendo a ficar acessível para contato pelos **telefones** _____ e _____ .
- No caso de guardião ou tutor, anexar o termo de guarda e tutela.
- No caso de emancipado legal previsto no Código Civil, deverá apresentar **cópia com documento original**, compatível com sua situação, que será anexada a ficha de doação.

Vitória, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Legal
