

Autorização para Doação de Sangue e Hemocomponentes por Menor de Idade

Autorizo _____,
brasileiro(a), menor, nascido(a) em ____/____/____, portador da cédula de identidade
nº _____, expedida por _____ a proceder à doação de sangue na
Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo em ____/____/____.

Estou ciente de que o(a) autorizado(a) estará sujeito(a) às triagens clínica e laboratorial e
aos demais procedimentos previstos na legislação vigente para doação de sangue. Estou
ciente também que a entrega de eventuais resultados alterados de exames realizados
somente será feita ao(à) próprio(a) doador(a).

Responsável legal:

_____, portador(a) da cédula de
(nome pai / mãe)

identidade nº _____, expedida por _____.

(assinatura igual a do RG)

(telefones do responsável legal para contato)

**Em vista da possibilidade de ocorrência de algum evento adverso à doação, é
recomendado que o menor esteja acompanhado por um adulto no dia da doação.**

**Essa autorização deverá ser acompanhada por uma cópia simples do documento
oficial (RG) do responsável legal, que ficará retida na Instituição.**