Autorização para Doação de Sangue e Hemocomponentes por Menor de Idade

Autorizo _____, menor de idade, nascido(a) em ___/___/___, RG nº _____, expedido por _____, e CPF nº _____, a se candidatar à doação voluntária de sangue na Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo em ____/____/____.

Estou ciente que:

1. O(a) autorizado(a) estará sujeito(a) às triagens clínica e laboratorial e aos demais procedimentos previstos na legislação vigente para doação de sangue;
2. A entrega de eventuais resultados alterados de exames realizados somente será feita ao próprio(a) doador(a);
3. A Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, por meio de sua Política Interna, irá tratar os dados do candidato/doador de sangue de acordo com as legislações vigentes, incluindo a Lei Geral de Proteção de dados (LGPD), de agosto de 2018;
4. 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.

Esta autorização deverá estar acompanhada por uma cópia simples do documento oficial do responsável legal (preferencialmente RG ou CNH) caso o mesmo não esteja presente, que ficará retida na Instituição.

O menor deverá apresentar o seu documento oficial, com foto recente, que permita a identificação do candidato. Verificar no site outros requisitos básicos e principais impedimentos (www.prosangue.sp.gov.br).

Responsável legal (nome do pai, da mãe ou do tutor):

_____

R.G. nº: _____, expedido por _____

CPF nº: _____ Telefone de contato: _____

_____

Assinatura do Responsável Legal igual ao documento apresentado/anexado

IMP 007-001 – 07.10.2026 Versão 22
FPS/Comunicação

Divisão de Atendimento ao Doador
Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 155 – 1º andar
Cerqueira César 05403-000 São Paulo / SP

FPS/COMUNIC – 06.10.2026
Versão 11