



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 no Hemonúcleo do Hospital de Base Bauru-Famesp 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(a) próprio(a) doador(a).

Responsável legal:

_____, portador(a) da cédula

(Nome pai / mãe)

de identidade nº _____, expedida por ____/____.

(assinatura igual à 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.