



BENEFICÊNCIA
PORTUGUESA
DE SÃO PAULO

BANCO DE SANGUE

AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE SANGUE POR MENOR DE IDADE (16 a 17 anos)

Eu, _____

portador da cédula de identidade nº _____, expedida por _____

CPF _____

Endereço _____

Declaro ser responsável legal de _____

portador da cédula de identidade nº _____, expedida por _____

e autorizo o(a) mesmo(a) doar sangue em ____/____/____ .

Estou ciente que o(a) autorizado(a) será submetido(a) aos procedimentos de doação de sangue conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 2.712 , 12 de novembro de 2013.

Sendo essa a expressão da verdade firmo a presente autorização.

Responsável legal - assinatura igual à do RG

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 pelo documento oficial (RG) do responsável legal, mais uma cópia simples do mesmo que ficará retida na Instituição.

O menor deverá apresentar o documento oficial (RG) no momento da doação e uma cópia simples.

Banco de Sangue do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo
Rua Maestro Cardim 1041 - Fone: 3505-4800
Segunda a sexta-feira: das 8h às 16h
Sábados e feriados: das 7h às 14h

www.bpsp.org.br