

Autorização para Doação de Sangue e Hemocomponentes por Menor de Idade

Autorizo _____,
menor **de idade**, nascido(a) em ___/___/___, RG n° _____, expedido
por _____, e **CPF n°** _____, 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. n°: _____, expedido por _____

CPF n°: _____ Telefone de contato: _____

Assinatura do Responsável Legal igual ao documento apresentado/anexo