



AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO - MENOR DE IDADE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, Responsável () mãe () pai () representante legal, venho por meio deste instrumento autorizar o(a) menor, portador do RG nº _____, a realizar a doação de sangue na data ____ / ____ / ____ de com meu consentimento neste Banco de Sangue.

São João da Boa Vista, ____ de ____ de ____

Assinatura do Responsável
(conforme documento de identificação)

Telefones para contato:

1º _____

2º _____

PARA DOAR SANGUE VOCÊ PRECISA:

- Estar se sentindo bem e em boas condições de saúde;
- Não estar em jejum e evitar alimentos gordurosos antes da doação;
- Pesar acima de 50 kg (será realizada avaliação presencial com aplicação das normativas da área);
- Ter entre 16 e 69 anos (menores de 18 anos precisam de autorização dos pais ou responsáveis);
- Apresentar um documento oficial com foto;
- Ter dormido pelo menos 6 horas, nas 24 horas que antecedem a doação;
- Não ter consumido bebidas alcoólicas nas últimas 12 horas;
- Não fumar na 1ª hora que antecede a doação;
- Não ter realizado cirurgias recentemente;
- Não possuir doenças infectocontagiosas ou ter riscos para IST (Infecção Sexualmente Transmissível);
- Não ter sintomas como febre, diarreia, gripe ou sinusite;
- Não ter feito tatuagem, piercing, maquiagem definitiva etc., nos últimos 4 meses;
- Se está tomando algum medicamento, informar ao Banco de Sangue, poderá ser contraindicado para doação.

Anexar cópia do documento oficial de identificação do responsável legal que autoriza a doação.

FO.SLHH.01.2-069

Conforme Portaria GM/MS nº 11.685, de 2 de julho de 2026.