

Eu, _____, portador(a) do RG¹ nº _____,
Responsável () mãe () pai () representante legal², 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.

Fui informado(a) de todo o processo para a realização da coleta e estou ciente que a retirada da carteirinha com os exames sorológicos realizados, deverá ser entregue somente ao doador(a).

São João da Boa Vista, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Telefones para contato:

1º _____

2º _____

PARA DOAR SANGUE VOCÊ PRECISA:

- Sentir-se bem e estar saudável;
- Não estar em jejum;
- Apresentar documento oficial com foto e nº do cartão SUS;
- Ter entre 16 e 69 anos (Menores de 18 anos precisam da autorização dos pais ou responsáveis);
- Pesar acima de 50 quilos;
- Se está tomando algum medicamento, informar ao Banco de Sangue, poderá ser contraindicado para doação;
- Repouso mínimo de 6 horas na noite anterior;
- Não ter realizado nenhuma cirurgia recentemente;
- Não ter realizado endoscopia ou colonoscopia nos último 6 meses;
- Não ser portador de doenças infectocontagiosas;
- Não ser usuário de drogas;
- Não estar com febre, gripe e diarreia;
- Não ter feito tatuagem ou colocado piercing há menos de 6 meses.

¹ Anexar cópia do documento do responsável pelo menor.

² Anexar cópia do documento, oficial, da nomeação como responsável.