



HOSPITAL SÃO PAULO  
SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
HEMOCENTRO

## AUTORIZAÇÃO PARA DOAÇÃO DE MENOR DE 18 ANOS

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do documento de identidade n° \_\_\_\_\_  
expedido por \_\_\_\_\_, responsável legal pelo (a) menor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ portador do  
documento de identidade n° \_\_\_\_\_ expedido por  
\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** a sua doação de sangue no Posto de Coleta do  
Hemocentro da UNIFESP, localizado a Rua Dr. Diogo de Faria, 824.

A doação de sangue realizada pelo menor segue os critérios estabelecidos  
pela Portaria MS n° 158, de 04/06/2016, onde:

1. É realizada uma triagem clínica previamente a doação, a qual será confirmada pelo doador;
2. Após a doação, serão realizados exames sorológicos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, HTLV, Chagas e de tipagem sanguínea;
3. Caso qualquer um dos testes acima seja inconclusivo, deverá ser realizado novamente;
4. Caso exista alguma alteração em um dos testes acima, o doador será chamado para orientação e encaminhamento, se necessário.
5. Os resultados serão entregues apenas ao próprio doador, não sendo permitida a entrega a terceiros, nem aos seus responsáveis legais.