

DECLARAÇÃO DE TIPOLOGIA SANGUÍNEA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

DECLARO junto ao **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO CEARÁ**, para fins de preenchimento de informações em minha ficha cadastral e/ou emissão de carteiras profissional o que se segue:

TIPOLOGIA SANGUÍNEA

☐ Tipologia: _____, Fator RH (positivo ou negativo): _____

☐ Não informado

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

☐ Sou doador(a)

☐ Não sou doador(a)

☐ Não informado

LOCAL E DATA: _____/CE, ____/____/____

*** ASSINATURA DO DECLARANTE**