



### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
CRO-DF-\_\_\_\_\_, ( ) CD ( ) TPD ( ) TSB ( ) ASB ( ) APD, declaro ao Conselho Regional de  
Odontologia do Distrito Federal que minha tipologia sanguínea é:

- ( ) A POSITIVO      ( ) A NEGATIVO  
( ) B POSITIVO      ( ) B NEGATIVO  
( ) AB POSITIVO      ( ) AB NEGATIVO  
( ) O POSITIVO      ( ) O NEGATIVO

Declaro ainda que:

- ( ) Sou doador de órgãos  
( ) Não sou doador de órgãos

Observação:

---

---

---

---

---

Brasília-DF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura