



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