



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

## DECLARAÇÃO DE TIPAGEM SANGUÍNEA

Eu, \_\_\_\_\_, CRO/MS \_\_\_\_\_

**CD TPD TSB ASB APD**, declaro ao Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso do Sul que minha tipagem sanguínea é: \_\_\_\_\_.

E que:

**SOU**, **NÃO SOU** doador(a) de órgãos.



Campo Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Fls. \_\_\_\_\_

Proc. CRO/MS \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Servidor