



AL

CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE ALAGOAS



DECLARAÇÃO DE TIPOLOGIA SANGUÍNEA

Eu, _____,

CD () TPD () TSB () ASB () APD (), declaro ao Conselho Regional de Odontologia de Alagoas que **minha tipologia sanguínea é:**

() A POSITIVO

() A NEGATIVO

() B POSITIVO

() B NEGATIVO

() AB POSITIVO

() AB NEGATIVO

() O POSITIVO

() O NEGATIVO

() NÃO INFORMADO

Declaro ainda que:

() **Sou** doador de órgãos

() **Não sou** doador de órgãos

Maceió, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA

Rua Coronel Francisco Silva, 290 - Pitanguinha - CEP 57052-190 - Maceió – AL

TELEFAX: (82) 3223-5125 / 9141-2629 Whatsapp - <http://www.croal.org.br/> - inscricao@croal.org.br