

Ao

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia

## **DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador da identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pela  
\_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de  
comprovação junto ao Conselho Regional de Odontologia de Rondônia, os dados de  
doador de órgão e tipagem sanguínea, conforme abaixo descrito:

### **Doador de órgão:**

- ( ) Sim
- ( ) Não

### **Tipagem sanguínea:**

- ( ) A
- ( ) B
- ( ) AB
- ( ) O

### **Fator RH**

- ( ) Positivo
- ( ) Negativo

Porto Velho (RO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e/ou assinatura (carimbo)