



FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A  
DOAÇÃO DE MEDULA



CCD: 331.11

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social (conforme Decreto Federal 8.727/2016): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Local de Nascimento: Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Sexo Biológico: F ( ) M ( ) Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: ABO: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Homem ( ) Mulher ( ) Agênero ( ) Outros

Fumante: Sim ( ) Não ( ) Escolaridade \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**2. ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

Rua /Av.: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP.: \_\_\_\_\_ E-mail.: \_\_\_\_\_

Fone ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_

**3. ENDEREÇO COMERCIAL:**

Rua / Av.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP.: \_\_\_\_\_ Fone ( ) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Nome e telefone de duas pessoas para contato, caso haja dificuldades para encontrá-lo:

Nome: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_

Qual grupo racial que você se colocaria? (Há tipos de antígenos HLA mais comuns em alguns grupos que em outros)

( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena (Etnia: \_\_\_\_\_) ( ) Parda ( ) Preta

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_