



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: F () M () Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: ABO: _____ Rh: _____

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 outros):

0 - Branca 1- Amarela 2 – Indígena 3 - Parda 4 - Negra 5 – Não Informado

Local e data _____ / ____ / ____