

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO A DOAÇÃO DE MEDULA**

CCD: _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

RG: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Local de Nascimento: Cidade: _____ Estado: _____

Sexo: F () M () Peso: _____ Altura: _____ ABO: _____ Rh: _____

Fumante: Sim () Não () Escolaridade _____ CPF _____

Pai: _____

Mãe: _____

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua /Av.: _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado _____

CEP.: _____ Fone () _____ E-mail.: _____

3. ENDEREÇO COMERCIAL:

Profissão: _____

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 em outros):

0 - Branca

1- Amarela

2 - Indígena

3 - Parda

4 - Negra

5 - Não Informado

Local e data _____ / ____ / ____

