

HEMOAP
HEMOCENTRO DO AMAPA

DECLARAÇÃO DE DOAÇÃO

Declaramos, com agradecimentos, que
o Sr.(a) **MARCOS SILVA ALBUQUERQUE** - **010001650**
doou sangue, voluntariamente ao(a) **HEMOCENTRO DO AMAPA**
na data de **30/07/2021**

CID Z52.0

Em:30/07/2021


Rosilene Passos Miranda
Coleta Sangue de Doador/HEMOAP
Mat. GEA nº 1095226

Responsável

LEI Nº 1.075 DE 27/03/50
DISPÕE SOBRE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE

Art. 2º - Será dispensado do ponto, do dia da doação o Funcionário Público Civil, de Autarquia ou Militar que comprovar sua contribuição para tais bancos.

O Decreto - Lei Nº 229 de 28/02/67 do Diário Oficial de 29/02/67 altera o Art. 473 da Consolidação das Leis Trabalhistas introduzindo o Inciso IV do seguinte ato:

Inciso IV - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo de salário, por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada.

JESUS DA COSTA, S/N - JESUS DE NAZARE AMAPA

Doação : 0116210730059

Versao

Apresentar documento de identidade

HEMOCENTRO DO AMAPA

CARTEIRA DE DOADOR DE SANGUE

Nome		Codigo			
MARCOS SILVA ALBUQUERQUE		010001650			
Grupo ABO	Rh	Sexo	Nascimento	Doação	Proxima
O	+ (Pos)	M	22/09/1987	05/05/2021	05/07/2021

Marcos Silva Albuquerque

EXAMES SOROLÓGICOS NEGATIVOS PARA:

Sífilis, Chagas, Hepatite B e C, HIV, HTLV VII, NAT HCV e NAT HIV.

VALIDADE: 05/05/22

AV. RAIMUNDO ALVARES DA COSTA,
AMAPA

Ivanilson de Vasconcelos Sereia
Chefe do Serviço de Hematologia a
Hemoterapia-HEMOAP
Decreto nº 1499/2018

VACINAS APLICADAS ANTERIORES		
VACINAS	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª OU REFORÇO)
BCG		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SEMSA
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGIA/DVE
DIVISÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO/PMI
CADERNETA DE VACINAÇÃO

DVE

NOME: *Marcos Silva Albuquerque*

RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: *22/09/87*

ENDEREÇO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: *Rr 910*

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM OS SEUS DOCUMENTOS VÁLIDOS EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

VACINAS APLICADAS ANTERIORES		
VACINAS	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª OU REFORÇO)
BCG		
POLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		



NOME:

Marcos Silva Albuquerque

RG:

332638

ENDEREÇO:

SUS.N. 704201562473390
CNs.

UNIDADE DE SAÚDE:

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM OS SEUS DOCUMENTOS VÁLIDOS EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

