TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DA MÃE		
	Nome:_____ Idade :_____ Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____-_____ Cidade:_____ Estado: _____ Etnia:_____ Você foi submetido a: Transplante de medula :_____ Data:___/___/___ Transfusão de sangue :_____ Data:___/___/___	**Foto 3x4** **Polegar direito**

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo _____ a realizar a coleta de amostras de sangue
(nome do Laboratório)

para o teste de DNA em mim com o objetivo de investigar a paternidade.

_____
Assinatura da mãe ou responsável legal

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO ALEGADO PAI

Nome:_____
Idade :_____

Documentos:
RG: _____ Exp: _____
CPF: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ CEP: _____-_____
Cidade:_____ Estado: _____

Etnia:_____

Você foi submetido a: Transplante de medula :_____ Data:___/___/___
Transfusão de sangue :_____ Data:___/___/___

Foto 3x4

Polegar direito

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo _____ a realizar a coleta de amostras de sangue
(nome do Laboratório)

para o teste de DNA em mim com o objetivo de investigar a paternidade.

_____
Assinatura do alegado pai ou responsável legal

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO FILHO(A)

Nome:_____
Idade :_____

Documentos:
Declaração de nascido vivo (DNV) nº_____
Certidão de nascimento nº_____ Cartório: _____
Folhas: _____ Livro: _____
RG: _____ Exp: _____
CPF: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ CEP: _____-_____
Cidade: _____ Estado: _____

Etnia: _____

Foto 3x4

Polegar direito

Você foi submetido a: Transplante de medula :_____ Data:___/___/___
Transfusão de sangue :_____ Data:___/___/___

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo _____ a realizar a coleta de amostras de sangue
(nome do Laboratório)

para o teste de DNA em mim com o objetivo de investigar a paternidade.

_____
Assinatura do filho(a) ou responsável legal

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Amigável ( ) Judicial ( )

Nº do Processo:_____
Vara:_____
Comarca :_____
Juiz(a) :_____

DADOS REFERENTES A COLETA

Nome do Laboratório: _____ Código _____

Nome do responsável pelo Laboratório: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____ Cidade: _____

Nome do coletor responsável: _____

Profissão: _____ CRBM/CRF: _____

RG:_____ Assinatura: _____

Data da coleta: _____ Hora:_____

TESTEMUNHAS DA COLETA

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

INSTRUÇÕES DE COLETA

1. Colher dois tubos (EDTA) de cada paciente;
2. Identificá-los com nome completo;
3. Lacrar os tubos em um saco plástico, colar a etiqueta fornecida pelo Laboratório Maricondi Apoio, assinar sobre a mesma e envolvê-la com fita adesiva transparente;
4. Acondicionar os tubos em gelo reciclável e enviar ao Laboratório Maricondi Apoio, quando por Sedex, fazê-lo com AR.,
5. Nos termos de responsabilidade observar as assinaturas dos envolvidos, elas devem ser iguais a do documento fornecido pelos mesmos.
6. Quando (Mãe e/ou Alegado Pai) forem menor de idade, se faz necessário a presença de um responsável legal, para que o mesmo autorize a realização do exame e assine o termo de responsabilidade.
7. Encaminhar cópia do RG, CPF ou CNH das partes envolvidas (Mãe; Alegado Pai); filho (a) caso não possua RG, CPF enviar cópia da Certidão de Nascimento, não tendo registro, necessário a Declaração de Nascido Vivo (DNV).

   Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Laboratório Maricondi (Setor de Biologia Molecular).

*****ATENÇÃO: Não aceitaremos amostras divergentes das informações acima.*****

DECLARAÇÃO

Eu, _____ declaro que colhi as amostras de sangue das pessoas descritas nos termos de responsabilidade para a realização do exame de investigação de paternidade e declaro ainda que eu próprio identifiquei, embalei e lacrei os tubos.

_____, _____ de _____de_____

_____
Assinatura do coletor

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA MÃE/ ALEGADO PAI - MENOR		
	Nome:_____ Idade :_____ Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____-_____ Cidade:_____ Estado: _____ RESPONSÁVEL POR:_____	**Foto 3x4** **Polegar direito**

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo _____ a realizar a coleta de amostras de sangue
(nome do Laboratório)

em minha filha (menor) para o teste de DNA com o objetivo de investigar a paternidade.

_____
Assinatura da responsável pela mãe/ alegado pai - Menor