

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DA MÃE	Nome: _____ Idade : _____	Foto 3x4
	Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____ Etnia: _____	

Suposto Pai é parente da Mãe? () Sim () Não Se sim, qual o o parentesco? _____

Existe a possibilidade de um parente próximo do Suposto Pai ser o pai biológico do Filho Requerente?
() Sim () Não Se sim, qual o parentesco com o Suposto Pai? _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo
_____ a realizar a coleta de amostras de saliva
(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: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____ Etnia: _____	
		Polegar direito

Suposto pai é parente da mãe? () Sim () Não Se sim, qual o o parentesco? _____

Existe a possibilidade de um parente próximo do Suposto Pai ser o pai biológico do filho requerente?
() Sim () Não Se sim, qual o parentesco com o Suposto Pai? _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo

_____ a realizar a coleta de amostras de saliva
(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: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos:	
	Declaração de nascido vivo (DNV) nº _____	
	Certidão de nascimento nº _____ Cartório: _____	
	Folhas: _____ Livro: _____	Polegar direito
	RG: _____ Exp: _____	
	CPF: _____	
	Endereço: _____	
	Complemento: _____ CEP: _____ - _____	
Telefone: _____		
Cidade: _____ Estado: _____		
Etnia: _____		

Suposto pai é parente da mãe? () Sim () Não Se sim, qual o o parentesco? _____

Existe a possibilidade de um parente próximo do Suposto Pai ser o pai biológico do filho requerente?
() Sim () Não Se sim, qual o parentesco com o Suposto Pai? _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo
_____ a realizar a coleta de amostras de saliva
(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: _____ Número: _____

Bairro: _____ CEP: _____ CNPJ: _____ Cidade: _____ UF: _____

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. O kit contém seis tubos com a solução conservante do DNA;
2. Os tubos ROSAS são para a mãe, os azuis para o suposto pai e os BRANCOS para o(a) filho(a). Em casos de reconstrução, seguir com as descrições de cores de acordo com o grau de parentesco dos envolvidos.
3. Identificar os tubos com as etiquetas fornecidas pelo sistema.
4. Retire as escovas da embalagem e friccione vigorosamente em 1 minuto na parte interna da bochecha (superior e inferior). Sempre girando a escova.
5. Coloque a ponta da escova dentro de um líquido no tubo e faça movimentos rotatórios nos dois lados durante quinze segundos.
6. Retire a escova, feche o tubo e descarte a escova.
7. Colher dois tubos de cada paciente e utilizar apenas uma escova para cada um.
8. Importante: realizar apenas uma coleta de cada vez e manter o material em temperatura ambiente, ou seja, não colocar em refrigeração ou congelar.
9. Nos termos de responsabilidade observar as assinaturas dos envolvidos, elas devem ser iguais a do documento fornecido pelos mesmos.
10. 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.
11. Encaminhar cópia do RG, CPF ou CNH das partes envolvidas (Mãe; Alegado Pai e de responsável legal, quando necessário); filho (a) caso não possua RG, CPF enviar cópia da Certidão de Nascimento, não tendo registro, necessário a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Em casos de reconstrução onde o alegado pai seja falecido, se faz necessário o atestado de óbito do mesmo.
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 saliva 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 : _____	Foto 3x4
	Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____ RESPONSÁVEL POR: _____	

Declaro que as informações acima são verdadeiras e, por meio deste documento, autorizo

_____ a realizar a coleta de amostras de saliva
(nome do Laboratório)

no indivíduo no qual sou responsável legalmente para o teste de DNA com o objetivo de investigar a paternidade.

Assinatura da responsável pela mãe/ alegado pai - Menor