

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS DA MÃE	Nome: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos:	
	RG: _____ Exp: _____	
	CPF: _____	
Endereço: _____		
Complemento: _____	CEP: _____ - _____	
Cidade: _____	Estado: _____	
Etnia: _____		
Você foi submetido a:	Transplante de medula : _____ Data: ____/____/____	
	Transfusão de sangue : _____ Data: ____/____/____	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: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos:	
	RG: _____ Exp: _____	
	CPF: _____	
Endereço: _____		
Complemento: _____	CEP: _____ - _____	
Cidade: _____	Estado: _____	
Etnia: _____		
Você foi submetido a:	Transplante de medula : _____ Data: ____/____/____	
	Transfusão de sangue : _____ Data: ____/____/____	
		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: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos:	
	Declaração de nascido vivo (DNV) nº _____	
	Certidão de nascimento nº _____	Cartório: _____
	Folhas: _____	Livro: _____
	RG: _____	Exp: _____
	CPF: _____	
	Endereço: _____	
	Complemento: _____	CEP: _____ - _____
Cidade: _____	Estado: _____	
	Etnia: _____	
		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: _____	Foto 3x4
	Idade : _____	
	Documentos:	
	RG: _____ Exp: _____	
	CPF: _____	
Endereço: _____		
Complemento: _____ CEP: _____ - _____		
Cidade: _____ Estado: _____		
RESPONSÁVEL POR: _____		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