

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

### DADOS DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_\_

Foto 3x4

Documentos:

RG: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

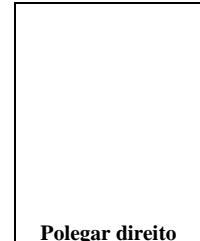
Complemento: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Foto 3x4

Documentos:

Declaração de nascido vivo (DNV) nº \_\_\_\_\_

Certidão de nascimento nº \_\_\_\_\_ Cartório: \_\_\_\_\_

Folhas: \_\_\_\_\_

Livro: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Exp: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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