

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

<b>DADOS DA MÃE</b>	Nome: _____	<b>Foto 3x4</b>
	Idade : _____	
	Documentos:	
	RG: _____ Exp: _____	
	CPF: _____	
	Endereço: _____	
Complemento: _____ CEP: _____ - _____		
Cidade: _____ Estado: _____		
Etnia: _____		
Você foi submetido a:	Transplante de medula : _____ Data: __/__/__	<b>Polegar direito</b>
	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 da mãe ou responsável legal

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

<b>DADOS DO ALEGADO PAI</b>	Nome: _____ Idade : _____	<b>Foto 3x4</b>
	Documentos: RG: _____ Exp: _____ CPF: _____ Endereço: _____ Complemento: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____  Etnia: _____	
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 alegado pai ou responsável legal

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

<b>DADOS DO FILHO(A)</b>	Nome: _____	<b>Foto 3x4</b>	
	Idade : _____		
	Documentos:	<b>Polegar direito</b>	
	Declaração de nascido vivo (DNV) nº _____		
	Certidão de nascimento nº _____		Cartório: _____
	Folhas: _____		Livro: _____
	RG: _____		Exp: _____
	CPF: _____		
	Endereço: _____		
	Complemento: _____		CEP: _____ - _____
Cidade: _____	Estado: _____		
Etnia: _____			
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: _____	<b>Foto 3x4</b>
	Idade : _____	
Documentos:		<b>Polegar direito</b>
RG: _____ Exp: _____		
CPF: _____		
Endereço: _____		
Complemento: _____ CEP: _____ - _____		
Cidade: _____ Estado: _____		
	RESPONSÁVEL POR: _____	

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