

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Suposto Pai/ Nome: _____

Doc. Ident.: _____ Data Exp.: ____/____/____ Órgão Exp.: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Possui grau de parentesco com a mãe? _____ Qual? _____

Data da coleta: ____/____/____ Realizou transplante de medula? Sim Não

"Declaro para os devidos fins que autorizei a coleta de amostra de meu sangue, com finalidade exclusiva para a utilização em exames de investigação de Vínculo Genético, assumindo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro, ainda, que as informações contidas neste documento são verdadeiras."

Assinatura (Se o paciente for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal)

Impressão Digital do
Polegar Direito do
Examinado (é imprescin-
dível em casos judiciais)

Mãe/ Nome: _____

Doc. Ident.: _____ Data Exp.: ____/____/____ Órgão Exp.: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

Possui grau de parentesco com o suposto pai? _____ Qual? _____

Data da coleta: ____/____/____ Realizou transplante de medula? Sim Não

"Declaro para os devidos fins que autorizei a coleta de amostra de meu sangue, com finalidade exclusiva para a utilização em exames de investigação de Vínculo Genético, assumindo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro, ainda, que as informações contidas neste documento são verdadeiras."

Assinatura (Se o paciente for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal)

Impressão Digital do
Polegar Direito do
Examinado (é imprescin-
dível em casos judiciais)

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01