

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO RELATIVA AO LABORATÓRIO - IDENTIFICAÇÃO DE  
VÍNCULO GENÉTICO**

**Responsável pela coleta e envio do material:**

Eu, \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_ documento de identidade nº \_\_\_\_\_  
emitido por \_\_\_\_\_ declaro que acompanhei a coleta das amostras biológicas dos  
periciados para fins de investigação de paternidade / maternidade / forense. Declaro que  
conferi os documentos de identificação apresentados e responsabilizo-me pelas  
identificações das mesmas, assim como fui responsável por lacrar os tubos de coleta com as  
amostras.

**Identificação dos Periciados:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cargo:**

( ) Perito                      ( ) Perito auxiliar                      ( ) Responsável pela coleta

Assinatura \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local onde foi realizada a coleta**

Nome ou razão social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**Tipo de caso**

( ) Particular ( ) Judicial ( ) Extrajudicial

Em caso judicial ou extrajudicial incluir:

Número do processo: \_\_\_\_\_

Vara de tramitação: \_\_\_\_\_

Caso o laboratório seja nomeado como perito, deverá inserir o endereço do fórum

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Enviar diretamente ao fórum? ( ) Sim ( ) Não





## IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

### IRMÃ DO SUPOSTO PAI 01

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos e as conclusões desse exame baseiam-se nas informações sobre parentesco e filiação ditado na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem gerar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: ( ) Sim ( ) Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da irmã do suposto pai 01

Polegar direito

## IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

### IRMÃ DO SUPOSTO PAI 02

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos e as conclusões desse exame baseiam-se nas informações sobre parentesco e filiação ditado na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem gerar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: ( ) Sim ( ) Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da irmã do suposto pai 2

Polegar direito

## IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

### MÃE DO SUPOSTO PAI

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos e as conclusões desse exame baseiam-se nas informações sobre parentesco e filiação ditado na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem gerar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: ( ) Sim ( ) Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Mãe do suposto pai

Polegar direito

