

**TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DE COLETA PARA MENOR DE IDADE**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) do CPF \_\_\_\_\_, do  
RG \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_\_, residente na  
Av/Rua \_\_\_\_\_ número/quadra/lote  
\_\_\_\_\_, Bairro/Setor \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
Cidade/Estado: \_\_\_\_\_, atesto que sou tutor(a) e/ou genitor da menor de idade,  
nome \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_\_,  
portadora do CPF \_\_\_\_\_.

Autorizo a coleta de amostra biológica da menor de idade citada, para a realização de sexagem fetal.

Obs: anexar xerox da identidade junto a esse termo.

---

Assinatura do tutor do menor de idade e/ou genitor