

**TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DE COLETA PARA INCAPAZ**

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 do(s) incapaz(es):

- Mãe do Filho investigante: \_\_\_\_\_, data de nascimento  
\_\_\_\_\_.
- Filho investigante: \_\_\_\_\_, data de nascimento  
\_\_\_\_\_.

**OU**

- Suposto Pai: \_\_\_\_\_, data de nascimento  
\_\_\_\_\_.

E autorizo a coleta de material genético do(s) incapaz(es) citado(s), para a realização de investigação de paternidade ou vínculo genético pela análise de DNA.

Obs: anexar xerox da identidade junto a esse termo.

---

Assinatura do tutor do do(s) incapaz(es)