

**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA SEPARADA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) do  
CPF \_\_\_\_\_, do RG \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_\_,  
residente na  
Av/Rua \_\_\_\_\_ número/quadra/l  
ote \_\_\_\_\_, Bairro/Setor \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ Autorizo exame de Investigação de Paternidade  
por Análise de DNA. Com os seguintes participantes:

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

O referido exame foi coletado em dia e horário diferente, devido minha própria vontade, não podendo contestar em qualquer hipótese este procedimento ou o próprio resultado por este motivo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante