

**TERMO DE AUTO COLETA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) \_\_\_\_\_ do  
CPF \_\_\_\_\_, do RG \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ na  
Av/Rua \_\_\_\_\_ número/quadra/l  
ote \_\_\_\_\_, Bairro/Setor \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ atesto que realizei a minha própria coleta.  
Autorizo a realização de Investigação de Paternidade ou vínculo genético pela análise de DNA, da amostra  
apresentada, devido minha própria vontade, não podendo contestar em qualquer hipótese este  
procedimento ou o próprio resultado por este motivo.

Obs: anexar xerox da identidade junto a esse termo.

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

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