

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO GENÉTICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador (a) do  
CPF \_\_\_\_\_, do RG \_\_\_\_\_ nascido (a) em  
\_\_\_\_\_, autorizo que seja realizada a reconstrução genética, sendo eu  
mesmo o SP investigado, para realização de exame de investigação de vínculo genético com o (s) devido  
(s) participante (s):

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

Declaro que as informações acima são autênticas e de minha inteira responsabilidade.

Obs: anexar xerox da identidade junto a esse termo.

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigado