

## INVESTIGAÇÃO DE VÍNCULO GENÉTICO

### INFORMAÇÕES DO LABORATÓRIO DE COLETA

(Devem preencher todos os campos com letra de forma)

Código cliente: \_\_\_\_\_ Data de coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Cep. de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela identificação dos participantes

### RESPONSÁVEL PELA COLETA

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Conselho regional: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela coleta

### DADOS DA COLETA

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário da coleta: \_\_\_\_\_

#### Material coletado:

Suporte por:  Sangue  Saliva  Outro \_\_\_\_\_  
Mãe:  Sangue  Saliva  Outro \_\_\_\_\_  
Filho:  Sangue  Saliva  Outro \_\_\_\_\_  
Outro participante:  Sangue  Saliva  Outro \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES PARA COLETA

LEIA ATENTAMENTE ANTES DE INICIAR A COLETA.

### IMPORTANTE: trocar de luvas a cada troca de investigado

#### IDENTIFICAÇÃO

- 1 Preencher as fichas de identificação (formulário).
- 2 Coletar impressões digitais e assinaturas.
- 3 Identificar todos os respectivos cartões de coleta com o nome, assinatura, data de coleta.
- 4 Cada investigado deve assinar o seu Cartão de Coleta.

#### INSTRUÇÕES DE COLETA - SANGUE

- Crianças > 1 ano e Adultos: Perfurar o dedo.
- Recôndomacidos: Perfurar o calcanhar.
- Fazer limpeza da área com álcool e esperar secar.
- Funcionar o local com lanceta.
- Quando o sangue formar uma gota, encosta-se no papel filtro de Cartão de Coleta.
- Massagear o dedão/calcanhar perfurado com movimentos circulares para que haja sangramento suficiente para preencher totalmente o círculo de coleta, enchendo-se o papel filtro.
- Verificar se a mancha de sangue está úmida no verso do papel.
- Aguardar a secagem completa do cartão (aprox. 15 min).

#### INSTRUÇÕES DE COLETA - SALIVA

- Colar uma quantidade de saliva suficiente para encher o papel filtro.
- Verificar se a saliva atravessou o papel.
- Aguardar a secagem completa do cartão (aprox. 15 min).

#### COLETA

#### LACRE E ENVIO

- 1 acondicionar o "Cartão de Coleta" no respectivo espaço do formulário identificado por cor para cada participante.
- 2 Colar a etiqueta DII na capa do formulário.
- 3 Inserir o formulário com os cartões de coleta, juntamente com a documentação no caso do kit coleta.
- 4 Lacrar a caixa na presença de todos os envolvidos.
- 5 Solicitar a assinatura dos envolvidos no laço da caixa.
- 6 Colar a etiqueta DII por fora da caixa.

### ATENÇÃO

Utilizado para não contaminar o papel com sangue ou saliva de outra pessoa.

A caixa deverá ser lacrada sempre diante de todos os participantes.

## IMPORTANTE:

- Caso algum dos envolvidos tenha recebido transfusão de sangue ou transplante de medula, encaminhar amostra de saliva;

## Checar no formulário:

- Preencher todas as informações do formulário com letra de forma;
- Preencher todos os dados do formulário;
- Checar se todas as assinaturas (formulário e cartões de coleta) e impressões digitais foram devidamente coletadas;
- Verificar se a assinatura no formulário está igual à assinatura do documento apresentado;
- Quando o envolvido for menor de idade, a assinatura deve ser de seu responsável legal e deve ser encaminhada cópia dos documentos do responsável;
- Verificar se há a assinatura do responsável pela coleta e identificação dos envolvidos;

## Checar na documentação anexada:

- Verificar se as cópias dos documentos estão legíveis e se a foto dos envolvidos está vivaz;
- Caso o envolvido seja menor de idade, também devem ser encaminhados os documentos do responsável legal;
- Casos judiciais devem encaminhar cópia do Ofício;
- Casos em que o suposto filho for menor de idade e não for registrado pelo suposto pai, encaminhar autorização juntamente com a cópia simples do documento com foto do responsável legal pela criança;
- Caso de suposto pai ausente, encaminhar cópia do documento com foto e autorização do mesmo para que seja realizado o exame de reconstrução a partir das amostras de seus parentes;

## DOCUMENTOS VÁLIDOS:

- RG;
- CNH;
- Certidão de Nascimento (para menores de 18 anos);
- Declaração de Nascimento Vivo (quando não houver certidão de Nascimento);
- Termo de Tutela;
- Passaporte;
- C.T.P.S;
- Certidão de Óbito (Casos de Suposto Pai Falecido).

## Após a conferência:

- Certifique-se que os papéis filtro estão secos.
- Colar a etiqueta DB na capa do formulário.
- Inserir o formulário com os cartões de coleta, juntamente com a documentação na caixa do kit coleta.
- Lacrar a caixa.
- Solicitar a assinatura dos envolvidos no laço de caixa.
- Colar a etiqueta DB por fora de caixa.
- Enviar ao Diagnósticos do Brasil.

COLAR ETIQUETA DB

Nº DE PERÍCIA (não preencher):

## TIPO DE EXAME

TRIO

DUO

MATERNIDADE

RECONSTRUÇÃO

OUTRO \_\_\_\_\_

Exame judicial:  SIM  NÃO

OBSERVAÇÕES GERAIS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MÃE

### IDENTIFICAÇÃO

(Favor preencher todos os campos com letra de forma)

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doc. de Identidade: \_\_\_\_\_

### ENVIAR FOTOCÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.

### ENDEREÇO

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Cor:  Amarelo  Branco  Negro  Pardo  Vermelho

Realizou transplante de medula?  SIM  NÃO

Realizou transfusão de sangue nos últimos 6 meses?  SIM  NÃO

Tem algum grau de parentesco com o Suposto Pai?  SIM Qual? \_\_\_\_\_  NÃO

Existe a possibilidade do verdadeiro pai da criança não ser o Suposto Pai e sim um parente dele?  SIM  NÃO

### DECLARAÇÃO

"Declaro, para os devidos fins, que **autorizei a coleta de amostra de meu sangue e/ou saliva, para realização do exame de Vírus Genético, e que autorizo a coleta de todos os amostrados neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.**"

#### Assinatura da Mãe

(Se a Mãe for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal e deverá ser anexada uma cópia do documento do responsável).

Assinatura digital do  
paciente/avulso de teste.  
Impressão em papel  
público.

## FILHO

### IDENTIFICAÇÃO

(Favor preencher todos os campos com letra de forma)

Nome: \_\_\_\_\_

Doc. de Identidade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ENVIAR FOTOCÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.

Em caso de DUD (exame realizado com Suposto Pai e Filho, na ausência da Mãe), se o Filho for menor, o nome do Suposto Pai **DEVE** estar presente na certidão de nascimento ou RG do menor. Caso o documento do menor não possua o nome do Suposto Pai o exame somente será realizado mediante **autorização por escrito do responsável legal e deverá ser anexada cópia da documentação deste responsável** com os outros documentos.

### ENDEREÇO

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Sexo:  Feminino  Masculino

Cor:  Amarelo  Branco  Negro  Pardo  Vermelho

Realizou transplante de medula?  SIM  NÃO

Realizou transfusão de sangue nos últimos 6 meses?  SIM  NÃO

### DECLARAÇÃO

"Declaro, para os devidos fins, que **autorizei a coleta de amostra de meu sangue e/ou saliva, para realização do exame de Vírus Genético, e que autorizo a coleta de todos os amostrados neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.**"

#### Assinatura do Filho(a)

(Se o Investigado for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal e deverá ser anexada uma cópia do documento do responsável).

Assinatura digital do  
paciente/avulso de teste.  
Impressão em papel  
público.

## SUPOSTO PAI

### IDENTIFICAÇÃO

(Favor preencher todos os campos com letra de forma)

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doc. de Identidade: \_\_\_\_\_

**ENVIAR FOTOCÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.**

### ENDEREÇO

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone (D): \_\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Cor:  Amarelo  Branco  Negro  Pardo  Vermelho

Realizou transplante de medula?  SIM  NÃO

Realizou transplante de sangue nos últimos 6 meses?  SIM  NÃO

Tem algum grau de parentesco com a mãe?  SIM  NÃO

Existe a possibilidade do verdadeiro pai da criança ser um parente seu?  SIM  NÃO

Irma gêmea?  SIM  NÃO

### DECLARAÇÃO

"Declaro, para os devidos fins, que autorizo a coleta de amostra de meu sangue após selado, para realização do **exame de Vírus Síntese**, e que assumo a **validade de todos os resultados** desta teste. Assumo a **responsabilidade** por qualquer **consequência** advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são **verdadeiras**."

Impressão digital de  
página de trás do selado  
pelo transmissor em  
casos justificados.

**Assinatura do Suposto Pai**

(De o Suposto Pai for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal e deverá ser anexada uma cópia do documento do responsável).

## OUTROS GRAUS DE PARENTESCO

### IDENTIFICAÇÃO

(Favor preencher todos os campos com letra de forma)

Grau de parentesco com o suposto pai: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Doc. de Identidade: \_\_\_\_\_

**ENVIAR FOTOCÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.**

Em caso de DUA, se o filho for menor, o nome do Suposto Pai DEVE estar presente na certidão de nascimento ou RG do menor ou mediante substituição por escrito do responsável legal.

### ENDEREÇO

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Cidade de nascimento: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Sexo:  Feminino  Masculino

Cor:  Amarelo  Branco  Negro  Pardo  Vermelho

Realizou transplante de medula?  SIM  NÃO

Realizou transplante de sangue nos últimos 6 meses?  SIM  NÃO

### DECLARAÇÃO

"Declaro, para os devidos fins, que autorizo a coleta de amostra de meu sangue após selado, para realização do **exame de Vírus Síntese**, e que assumo a **validade de todos os resultados** desta teste. Assumo a **responsabilidade** por qualquer **consequência** advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são **verdadeiras**."

Impressão digital de  
página de trás do selado  
pelo transmissor em  
casos justificados.

**Assinatura**

(De o Investigado for menor de 18 anos, a assinatura deve ser do responsável legal e deverá ser anexada uma cópia do documento do responsável).