

Processo n.º ..... / ..... (a preencher pela GenoMed)

## Identificação do Pretense Pai

Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../.....

Documento de Identificação: tipo ..... n.º ..... validade ...../...../.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada e que não recebi qualquer transfusão de sangue nos últimos três meses nem sofri qualquer transplante de órgãos.
2. Declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais para uso exclusivo da requerida investigação de paternidade, e de acordo com a lei de protecção de dados.
3. Autorizo a colheita de amostra(s) biológica(s) para execução do teste de investigação de paternidade e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
4. Tomei conhecimento de que a(s) minha(s) amostra(s) biológica(s) serão destruídas ao fim de 6 meses após a colheita.

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

Assinatura (conforme Doc.Id): ..... Data: ...../...../.....

### A preencher pela GenoMed:

Código da(s) amostras(s): ..... Colar etiqueta(s)

..... Conferido por:

## Identificação da Mãe

Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../.....

Documento de Identificação: tipo ..... n.º ..... validade ...../...../.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada e que não recebi qualquer transfusão de sangue nos últimos três meses nem sofri qualquer transplante de órgãos.
2. Declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais para uso exclusivo da requerida investigação de paternidade, e de acordo com a lei de protecção de dados.
3. Autorizo a colheita de amostra(s) biológica(s) para execução do teste de investigação de paternidade e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
4. Tomei conhecimento de que a(s) minha(s) amostra(s) biológica(s) serão destruídas ao fim de 6 meses após a colheita.

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

Assinatura (conforme Doc.Id): ..... Data: ...../...../.....

### A preencher pela GenoMed:

Código da(s) amostras(s): ..... Colar etiqueta(s)

..... Conferido por:

**Identificação do(a) Filho(a)**

Nome: .....

Data de nascimento: ...../...../.....

Documento de Identificação: tipo ..... n.º ..... validade ...../...../.....

Declaro por minha honra que:

1. Sou a pessoa acima identificada e que não recebi qualquer transfusão de sangue nos últimos três meses nem sofri qualquer transplante de órgãos.
2. Declaro que tomei conhecimento da Política de Privacidade da GenoMed® - Diagnósticos de Medicina Molecular, S.A., disponível em <https://genomed.pt/politica-de-privacidade-e-de-cookies/> e dou consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais para uso exclusivo da requerida investigação de paternidade, e de acordo com a lei de protecção de dados.
3. Autorizo a colheita de amostra(s) biológica(s) para execução do teste de investigação de paternidade e a elaboração do relatório com a respectiva análise genética.
4. Tomei conhecimento de que a(s) minha(s) amostra(s) biológica(s) serão destruídas ao fim de 6 meses após a colheita.

(De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 actualizada.)

**Assinatura** (conforme Doc.Id): ..... **Data:** ...../...../.....

**A preencher pela GenoMed:**

Código da(s) amostras(s): ..... Colar etiqueta(s)

..... Conferido por:

**Declaração obrigatória em caso de menores/pessoa incapacitada:**

Eu, ..... declaro por minha honra e na qualidade de ..... (*grau de parentesco*) e detentor do poder paternal de ..... (*nome do menor interveniente no teste*) que sou o único e exclusivo responsável pela colheita efectuada ao menor mencionado acima para a realização do teste de investigação biológica de paternidade solicitado.

Assinatura: ..... Data ...../...../.....

**Colheitas:**

Declaro que procedi às colheitas nas pessoas acima mencionadas e as identifiquei correctamente. Foram verificados os respectivos bilhetes de identidade/certidão de nascimento e as assinaturas recolhidas na minha presença.

Local e data das colheitas: ....., ...../...../.....

Assinatura(s): .....

**Relatório(s):**

Relatório original entregue a .....

Levantamento no local da colheita (obrigatório mostrar identificação). Telefone de contacto: .....

Morada para envio .....

.....Código postal: ..... Localidade: .....

Cópia do Relatório entregue a .....

Levantamento no local da colheita (obrigatório mostrar identificação). Telefone de contacto: .....

Morada para envio .....

.....Código postal: ..... Localidade: .....

**Assinatura** (conforme Doc.Id): ..... **Data:** ...../...../.....

**Emissão do Recibo:**

Nome ..... N.º de Contribuinte .....

Morada: ..... Código postal: ..... , .....

Forma de Pagamento:  Numerário  Multibanco  Transferência bancária  .....

**PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO CONTACTE:** Doutor Yuri Chiodo, PhD (ychiodo@medicina.ulisboa.pt) Ext. 47301 / 48308