

Número de caso	
Data de recepción	
Número de pedido	

(A preencher pelo LabGenetics)

PEDIDO DE TESTE DE PARENTESCO BIOLÓGICO

SOLICITANTE	
Nome:	Apelidos:
BI:	Relação de parentesco:
Nome:	Apelidos:
BI:	Relação de parentesco:

TIPO DE ESTUDIO SOLICITADO		
<input type="checkbox"/> STRs autossómicos	<input type="checkbox"/> STRs cromossoma Y (linhagem paterna)	<input type="checkbox"/> ADN mitocondrial (linhagem materna)

COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS: <input type="checkbox"/> Mensageiro <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correio electrónico		
Direcção:	Localidade:	
Cidade:	Código Postal:	Cidade:
Faxe:	Correio electrónico:	

AMOSTRAS ENVIADAS*				
Referência	Tipo de amostra (Breve descrição)	Nome e apelidos	Relação com o caso (#)	Código LabGenetics

(#) Irmãos; avós paternos ou maternos; netos; tios maternos ou paternos; sobrinhos; primos, etc.

***IMPORTANTE:** A admissibilidade deste teste nos Tribunais de Justiça está subordinada a um correcto processo de recolha, identificação e envio das amostras, para o qual é imprescindível juntar o "**Documento de Identificação de Amostras e Cadeia de Custódia**" do LabGenetics.

Os abaixo assinados, maiores de idade, AUTORIZAM o LabGenetics a realizar um teste de parentesco biológico sobre as amostras enviadas e **DECLARAM** que, no caso de que haja menores implicados, têm o poder paternal sobre estes ou, na sua falta, contam com a autorização ou capacidade legal para a recolha de amostra das restantes pessoas implicadas no teste.

Em _____, a _____ de _____ de 200__

Nome e assinatura: _____ Nome e assinatura: _____

Todos os dados de carácter pessoal que aparecem neste formulário, assim como os resultados das análises, ficam incorporados num ficheiro segundo a responsabilidade do LabGenetics. De conformidade com a legislação vigente, todas as pessoas relatadas neste documento poderiam exercer o seu direito de oposição, acesso, rectificação e cancelamento, enviando um correio electrónico, devidamente identificado ao endereço info@labgenetics.com.es.

Forma de Pagamento	<input type="checkbox"/> Transferência bancária em nome do Laboratório de Genética Clínica S.L. Conta 2100- 4563- 92- 0200084898 de <i>La Caixa</i> IBAN ES62 2100 4563 9202 0008 4898 BIC (SWIFT): CAIXESBB
---------------------------	---