

MANUTENÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS E/OU TECIDO OVÁRIO**Consentimento Informado**

Na sequência do texto de Consentimento Informado assinado por mim anteriormente, e por ter decorrido o período de cinco anos nele estipulado, declaro que desejo que a conservação dos meus ovócitos e/ou tecido ovário seja mantida por um período adicional de cinco anos.

Mais declaro que:

- Compreendo que esta autorização pode ser por mim revogada a qualquer momento.
- Tenho conhecimento de que, salvo em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamentos de PMA e/ou para uso em projetos de investigação científica, apenas a mim é reconhecido o direito de utilizar estes ovócitos e/ou tecido ovário congelados.
- Compreendo que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período adicional de cinco anos terei que me deslocar novamente ao centro para assinar um consentimento de manutenção desta congelação. Na ausência de uma declaração assinada a solicitar um novo período de criopreservação, declaro ter sido claramente informada de que os ovócitos e/ou tecido ovário serão descongelados e eliminados, a menos que aqui expresse autorização para o seu uso para doação ou para fins científicos.

Nessa circunstância (escrever **Sim** ou **Não**):

Consinto no uso dos meus ovócitos para doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA:

Consinto no uso dos meus ovócitos e/ou tecido ovário em projetos de investigação científica:

Mais declaro compreender que em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA, as pessoas nascidas com recurso a dádva de gâmetas ou embriões podem obter, junto dos competentes serviços de saúde, informações de natureza genética que lhes digam respeito, bem como obter junto do CNPMA informação sobre a identificação civil da dadora, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

NOME

ASSINATURA

N.º ID CIVIL/PASSAPORTE

MORADA

Médica/o: _____

____/____/____