

MANUTENÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE EMBRIÕES (OU PRÉ-ZIGOTOS)**Consentimento Informado**

Na sequência do texto de Consentimento Informado assinado por mim/nós anteriormente, e por ter decorrido o período de três anos nele estipulado, declaro/declarámos que desejo/desejamos que a conservação dos meus/nossos embriões (ou pré-zigotos) seja mantida por um período adicional de três anos.

Eu/nós, abaixo assinada/os, declaro/declarámos que:

- Compreendi/compreendemos que esta autorização pode ser por mim/nós revogada a qualquer momento.
- Tenho/temos conhecimento de que, salvo em caso de doação a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) e/ou para uso em projetos de investigação científica, apenas a mim/nós é reconhecido o direito de utilizar estes embriões (ou pré-zigotos) congelados.
- Compreendo/compreendemos que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período adicional de três anos, se os embriões (ou pré-zigotos) não tiverem sido por mim/nós utilizados ou não lhes tiver sido dada outra utilização por mim/nós consentida, serão descongelados e eliminados.
- Se os embriões (ou pré-zigotos) não tiverem sido por mim/nós utilizados (escrever **Sim** ou **Não** em cada uma das opções seguintes):
 - Consinto/consentimos no uso dos meus/nossos embriões (ou pré-zigotos) para doação a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s):
 - Consinto/consentimos no uso dos meus/nossos embriões (ou pré-zigotos) em projetos de investigação científica:

Mais declaro/declarámos compreender que em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA, as pessoas nascidas com recurso a dâdiva 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 dos dadores, desde que possuam idade igual ou superior a 18 anos.

NOME _____

ASSINATURA _____

N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

(2.º nome a preencher quando se trate de duas pessoas beneficiárias)

NOME _____

ASSINATURA _____

N.º ID CIVIL/PASSAPORTE _____

MORADA _____

Médica/o: _____ / ____ / ____