

ESTIPULAÇÕES POSTERIORES À ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu/nós abaixo-assinado(s) venho/vimos por este meio e por referência ao(s) consentimento(s) informado(s)

(identificar o(s) consentimento(s) informado(s) em causa) que assinei/assinámos em ____ / ____ / ____ (data da assinatura do consentimento informado), declarar o seguinte:



Revogo/revogamos a(s) seguinte(s) parte(s) do(s) compromisso(s) que através desse consentimento informado assumi/assumimos (assinalar com uma cruz a(s) situação/situações aplicável/aplicáveis):

A autorização da doação dos **espermatozoides/ovócitos** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

☐

A autorização para o uso dos **espermatozoides/ovócitos** para serem usados em projetos de investigação científica

☐

E consinto/consentimos na descongelação e eliminação desses **espermatozoides/ovócitos**

☐

A não autorização da doação dos **espermatozoides/ovócitos** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA e consinto/consentimos nessa doação de espermatozoides/ovócitos a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

☐

A não autorização para o uso dos **espermatozoides/ovócitos** em projetos de investigação científica e consinto/consentimos nessa doação de espermatozoides/ovócitos para serem usados em projetos de investigação científica

☐

A autorização da doação dos **embriões** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

☐

A autorização para o uso dos **embriões** para serem usados em projetos de investigação científica

☐

E consinto/consentimos na descongelação e eliminação desses **embriões**

☐

A não autorização da doação dos **embriões** a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA e consinto/consentimos nessa doação de embriões a outra(s) pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA

☐

A não autorização para o uso dos **embriões** em projetos de investigação científica e consinto/consentimos nessa doação de embriões para serem usados em projetos de investigação científica

☐



E mais declaro/declaramos que (declarações adicionais que a(s) pessoa(s) beneficiária(s) queiram aditar):

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

Médica/o: _____ / ____/____/____