

## MANUTENÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS

### Consentimento Informado

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

Mais declaro que:

- Compreendo que esta autorização pode ser por mim revogada a qualquer momento.
- Tenho conhecimento de que apenas a mim é reconhecido o direito de utilizar estes ovócitos congelados.
- Compreendo que, de acordo com as normas em vigor, no fim deste período adicional de três 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 informado de que os ovócitos serão descongelados e eliminados, a menos que aqui expresse autorização para o seu uso para fins científicos. Nessa circunstância (escrever **Sim** ou **Não**):

- Consinto no uso dos meus ovócitos em projectos de investigação científica

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

B.I. \_\_\_\_\_

Médica/o: \_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_