

## 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/declaramos 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/declaramos 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/declaramos compreender que em caso de doação a pessoa(s) beneficiária(s) de tratamento de PMA, as pessoas nascidas com recurso a dádiva 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:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

O CNPMA é o responsável pelo tratamento dos dados pessoais recolhidos no âmbito do tratamento para o qual é expresso o consentimento por via do presente documento. Estes dados serão tratados no âmbito do exercício das atribuições do CNPMA para regular, fiscalizar e acompanhar a prática da Procriação Medicamente Assistida em Portugal, instituídas pela Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, na sua atual redação.

Os seus dados pessoais serão objeto de tratamento seguro, sendo sujeitos a medidas técnicas e organizativas destinadas a salvaguardar a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade. Os dados serão conservados em observância do prazo legal de retenção aplicável.

O CNPMA garante aos titulares de dados o exercício dos direitos legalmente consagrados. Para o exercício dos referidos direitos ou para esclarecimento de dúvidas relativas ao tratamento dos seus dados pessoais, deve apresentar pedido escrito ao CNPMA, nomeadamente por e-mail para [dpo.cnpma@ar.parlamento.pt](mailto:dpo.cnpma@ar.parlamento.pt) ou por correio para Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Assembleia da República, Palácio de São Bento, 1249-068 Lisboa.