

ESTIPULAÇÕES POSTERIORES À ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Na sequência de uma questão particular colocada por um centro de PMA, o CNPMA aprovou a seguinte deliberação:

Resulta das disposições conjugadas dos artºs 220.º do Código Civil e 14.º n.º 3 da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que **são nulas** todas as declarações prestadas, por referência aos tratamentos ou procedimentos de PMA, pela pessoa ou pessoas beneficiárias dessas técnicas, que não tenham sido inscritas ou apostas nos documentos de modelos de consentimento informado criados e aprovados pelo CNPMA.

Por outro lado, prevê-se no n.º 2 do art.º 221 do Código Civil que **«As estipulações posteriores ao documento só estão sujeitas à forma legal prescrita para a declaração se as razões da exigência especial da lei lhes forem aplicáveis.»**, sendo que, dada a muito particular relevância ética e legal e a especial sensibilidade social das matérias conexonadas com a situação dos embriões, considera o Conselho que as razões que impõem as exigências de forma a que estão sujeitas as declarações de consentimento informado se aplicam integralmente a estas estipulações posteriores à assinatura desses modelos de consentimento informado.

E, em consequência dessa constatação, o CNPMA delibera criar o novo modelo de documento especialmente destinado à prestação dessas novas estipulações que constitui anexo a esta deliberação e que será com ela publicado no site do Conselho.

Lisboa, 11 de janeiro, 2017

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

A autorização para a divulgação da identidade, nos casos previstos no n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006 de 26 de julho.

A não autorização para a divulgação da identidade, nos casos previstos no n.º 3 do artigo 15.º da Lei n.º 32/2006 de 26 de julho.

9.

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: _____ / ____/____/____