

## ANEXO III

### Formulário de consentimento informado

#### Modelo 1

### Consentimento para preservação de espermatozóides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico

*(Para futura utilização do próprio do beneficiário)*

1. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_ (*tipo de documento de identificação*), n.º \_\_\_\_\_, casado/em união de facto\*, com residência em \_\_\_\_\_ (*morada*), \_\_\_\_\_ (*telefone*), **AUTORIZO** o congelamento e a preservação dos meus espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\*, recolhidos e não utilizados, pelo \_\_\_\_\_ (*nome do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, para a aplicação das técnicas de PMA, conforme o conjunto de técnicas e tratamentos médicos do processo de PMA adoptados pelo Hospital, adiante designado por Programa.
2. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis do Programa por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas por mim, tendo também sido oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do Programa.

3. Concordo e aceito que os espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\*, sejam preservados por um prazo inicial de dois anos a contar da data de congelamento e que, sem prejuízo do estabelecido na cláusula 5 do presente termo de consentimento, a prorrogação do prazo por um novo período de dois anos tem de ser efectuada através de declaração escrita. Compreendo e aceito que a referida declaração tem de ser comunicada ao Hospital, com antecedência de um mês antes de decorrido o prazo de preservação acima referido (*eliminar esta cláusula caso o prazo de preservação indicado na cláusula 5 seja inferior a 2 anos*).
4. Concordo que decorrido o prazo de preservação e na ausência da notificação por escrito da prorrogação do prazo, o Hospital pode determinar o destino a dar aos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* de acordo com as instruções estabelecidas na cláusula 5 do presente termo de consentimento.
5. Determino como prazo máximo de preservação dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* \_\_\_\_\_ anos a contar da data de congelamento (*indicar o prazo, sendo o prazo máximo de preservação de 10 anos*) ou quando perfizer \_\_\_\_\_ anos de idade (*consoante o facto que ocorrer primeiro*), sem prejuízo da obrigação da declaração escrita estabelecida na cláusula 3 do presente termo de consentimento.

Compreendo e aceito que, decorrido o prazo de preservação acima referido, ou após o meu falecimento, ou caso me torne incapaz de alterar ou revogar o meu consentimento (*consoante o facto que ocorrer primeiro*), concordo que podem os espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* preservados ser (*indicar apenas um destino*):

- Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;
- Doados anonimamente para casais ou unidos de facto, nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023, contudo os gametas doados não podem ser responsáveis por mais de 1 nado vivo (*na impossibilidade de alcançar este destino*)

*pretendido, o Hospital pode determinar a destruição dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* preservados de acordo com as Instruções para a destruição de material biológico preservado);*

[ ] Doados para investigação científica (*decorridos cinco anos a contar da data do consentimento, sem que o material biológico tenha sido utilizado, pode o material biológico ser descongelado e destruído, por determinação do director técnico do Hospital*).

6. Compreendo que o meu consentimento para a aplicação das técnicas de PMA do Programa é livremente revogável antes da transferência uterina de sémen ou de embriões, e que a revogação depende de comunicação por escrito ao Hospital, indicando o destino a dar aos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\*:
  - (a) Transferidos para outro Hospital da RAEM autorizado para ministrar técnicas de PMA;
  - (b) Transferidos para entidades autorizadas a ministrar técnicas de PMA no exterior da RAEM;
  - (c) O destino a dar de acordo com minhas instruções estabelecidas na cláusula 5.

E que, caso não indicar o destino a dar aos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* na comunicação por escrito para revogação do consentimento, o Hospital pode determinar o seu destino de acordo com as instruções estabelecidas na cláusula 5.

7. Compreendo e aceito as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
8. Compreendo e aceito integralmente o seguinte:
  - (a) Os espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* podem não resultar em gravidez bem-sucedida;

- (b) Os procedimentos de congelamento, descongelamento e preservação dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* não produzem uma incidência maior de gravidez anormal em comparação com uma gravidez normal. Qualquer criança concebida ou nascida a partir da utilização de tais materiais pode, no entanto, sofrer de deficiências físicas ou mentais como resultado de razões genéticas, hereditárias ou outras;
  - (c) A qualidade dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* preservados depende em grande medida da qualidade da amostra submetida para preservação;
  - (d) A qualidade dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* pode deteriorar-se após os procedimentos de congelamento e descongelamento e pode não ser adequados para utilização posterior;
  - (e) O Hospital não é responsável por danos ou deterioração dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico\* que seja devido a causas que estejam além do seu controle ou devido a circunstâncias imprevistas.
9. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. E que li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Nome do Cônjuge  
ou Unido de Facto\*

Assinatura do  
Cônjuge ou unido  
de facto\*

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de  
identificação)

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do  
Médico Assistente \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

Nome da  
Testemunha e  
cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os beneficiários sejam casados.

**Notas:**

O utente pode determinar o prazo de preservação dos espermatozóides, ovócitos, tecido testicular e tecido ovárico para efeitos de tratamento do próprio, mas o prazo máximo de preservação fixado pelas presentes instruções é de 10 anos. A pedido dos beneficiários, em situações devidamente justificadas, o director técnico do Hospital pode determinar a prorrogação do prazo de preservação dos gâmetas, tecido testicular e tecido ovárico por um novo período de cinco anos.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Dia) (Mês) (Ano)

(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 2

### Consentimento para preservação de embriões

(Para futuro uso próprio do casal ou de unidos de facto)

1. \_\_\_\_\_ (nome do marido/homem em união de facto\*)  
(doravante designado por "o declarante"), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, com residência  
em \_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_  
(telefone), e \_\_\_\_\_ (nome da mulher/mulher em união de facto\*)  
(doravante designada por "a declarante"), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, com residência em  
\_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_  
(telefone), **AUTORIZAMOS** \_\_\_\_\_  
(nome do hospital público ou unidade de PMA), doravante designado por Hospital,  
para a preservação de embriões criados através dos nossos gâmetas/de gâmetas de  
\_\_\_\_\_ (nome de um dos declarantes) e gâmetas  
doados pelo dador com número de referência \_\_\_\_\_\*, conforme o  
conjunto de técnicas e tratamentos médicos do processo de PMA adoptados pelo  
Hospital, adiante designado por Programa.
2. Confirmamos que nos foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas  
e as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis do Programa por  
\_\_\_\_\_ (nome do profissional de saúde), e que foram  
esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por nós colocadas, tendo também  
sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_  
(nome do profissional de saúde) sobre as prováveis implicações do Programa.
3. Compreendemos e aceitamos que quando for exigida declaração por escrito da nossa  
parte no âmbito do Programa, a declaração apenas é válida se constar ambas as nossas  
assinaturas.

4. Compreendemos e aceitamos que os embriões excedentários que não tiverem sido transferidos, são preservados, e comprometemos a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de 10 anos.
5. Compreendemos e aceitamos que podemos através de pedido devidamente justificado, solicitar a prorrogação do prazo máximo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos.
6. Concordamos e aceitamos que os embriões sejam preservados por um prazo inicial de dois anos a contar da data do congelamento dos embriões e que, sem prejuízo do estabelecido na cláusula 8 do presente termo de consentimento, a prorrogação do prazo por um novo período de dois anos tem de ser através declaração por escrito. E compreendemos e aceitamos que a referida declaração tem de ser comunicada ao Hospital, com antecedência de um mês antes decorrido o prazo de preservação acima referido (*eliminar esta cláusula se o prazo de preservação indicado na cláusula 8 for inferior a 2 anos*).
7. Concordamos que decorrido o prazo de preservação e na ausência da declaração por escrito da prorrogação do prazo, o Hospital pode determinar o destino a dar aos embriões de acordo com as instruções estabelecidas na cláusula 8 do presente termo de consentimento.
8. Compreendemos e aceitamos que, sem prejuízo da obrigação da declaração por escrito estabelecido na cláusula 6 do presente termo de consentimento, o prazo máximo de preservação dos embriões são \_\_\_\_\_ anos<sup>1</sup> a contar da data de congelamento. E que decorrido o prazo de preservação dos embriões acima referido, em situação de divórcio ou de separação de facto ou falecimento de qualquer das partes da relação conjugal ou de união de facto, ou ainda nos casos em que uma das partes torne incapaz de revogar o seu consentimento, podem os embriões ser (*indicar apenas um destino*):

[ ] Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material

biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;

[ ] Doados para investigação científica nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 14/2023 (*Se nos 10 anos subsequentes ao prazo máximo de preservação de 10 anos ou ao prazo resultante da prorrogação do prazo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos, os embriões não tenham sido utilizados em projecto de investigação científica aprovado ao abrigo do artigo 11.º da Lei n.º 14/2023, podem os mesmos ser descongelados e destruídos por determinação do director técnico do hospital*).

9. Compreendemos e aceitamos que se não for estabelecida o destino a dar aos embriões mediante a cláusula 8 do presente termo de consentimento, logo decorrido o prazo máximo de preservação de 10 anos ou o prazo resultante da prorrogação do prazo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos, podem os embriões ser descongelados e destruídos por determinação do director técnico do Hospital.
10. Compreendemos e aceitamos que os embriões preservados apenas podem ser utilizados caso as condições previstas nos artigos 6.º e 7.º da Lei n.º 14/2023 estejam cumpridas.
11. Compreendemos e aceitamos que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
12. Compreendemos e aceitamos que o nosso consentimento para a aplicação das técnicas de PMA é livremente revogável por qualquer das partes antes da transferência uterina de sémen ou de embriões, e que a revogação depende de comunicação por escrito ao Hospital, no qual nós temos que indicar o destino a dar aos embriões:

- (a) Transferidos para outro Hospital da RAEM autorizado para ministrar técnicas de PMA;
  - (b) Transferidos para entidades autorizadas a ministrar técnicas de PMA no exterior da RAEM;
  - (c) O destino a dar de acordo com as instruções estabelecidas na cláusula 8.
13. Compreendemos e aceitamos que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
14. Compreendemos e aceitamos integralmente que:
- (a) Os embriões preservados podem não produzir qualquer gravidez bem-sucedida;
  - (b) Os procedimentos de congelamento, descongelamento e preservação dos seus embriões não produzem uma incidência maior de gravidez anormal em comparação com uma gravidez normal. Qualquer criança concebida ou nascida a partir da utilização de tais embriões pode, no entanto, sofrer de deficiências físicas ou mentais como resultado de razões genéticas, hereditárias ou outras;
  - (c) A qualidade dos embriões preservados depende em grande parte da qualidade da amostra submetida para preservação;
  - (d) A qualidade dos embriões pode deteriorar-se após os procedimentos de congelamento e descongelamento e pode não ser considerada adequada para utilização posterior;
  - (e) O Hospital não é responsável por danos ou deterioração dos embriões que seja devido a causas que estejam além do seu controlo ou devido a circunstâncias imprevistas.
15. Para devidos efeitos, declaramos que estamos cientes que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. E que lemos e compreendemos as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da declarante

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de identificação)*

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º #

Local de celebração  
do casamento #

\_\_\_\_\_  
*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente

Assinatura do Médico  
Assistente

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo

Assinatura da  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os declarantes sejam casados

**Nota:**

1. O prazo máximo de preservação de embriões é de 10 anos, a partir da data de congelamento. A pedido dos beneficiários, em situações devidamente justificadas, o director técnico do Hospital pode determinar a prorrogação do prazo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Dia) (Mês) (Ano)

(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

### Modelo 3

#### Consentimento para doação anónima de espermatozóides

1. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_ (*tipo de documento de identificação*) n.º \_\_\_\_\_, solteiro/casado/em união de facto\*, **DOU O MEU CONSENTIMENTO** para a doação anónima de espermatozóides, para \_\_\_\_\_ (*nome do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, e compreendo que os espermatozóides são utilizados por casais ou unidos de facto em técnicas de PMA, nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023. Compreendo que este consentimento não pode ser revogado ou alterado após a doação.
2. Concordo que os espermatozóides não podem ser responsáveis por mais de um evento de nado vivo.
3. Doei/não doei\* os espermatozóides em \_\_\_\_\_ ocasiões anteriores, antes desta doação ao Hospital, sendo que os pormenores das suas doações anteriores os seguintes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(indique o nome do Hospital para o qual a doação foi efectuada, a data da doação e outras informações que sejam relevantes.)*
4. Confirmo que me foi claramente informado sobre as diferentes etapas e implicações médicas, sociais e jurídicas da doação por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas por mim, tendo também sido oferecido serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as implicações da doação.

5. Concordo e aceito que os espermatozóides são congelados e preservados por um prazo máximo de 10 anos ou até a ocorrência de um evento de nado vivo (*consoante o facto que ocorrer primeiro*). Decorrido o prazo máximo de preservação acima referido, ou após a ocorrência de um evento de nado vivo (*consoante o facto que ocorrer primeiro*), concordo que podem os espermatozóides preservados ser (*indicar apenas um destino*):
- [ ] Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;
- [ ] Doados para investigação científica (*Decorridos cinco anos a contar da data do consentimento, sem que os espermatozóides tenham sido utilizados, podem os mesmos ser descongelados e destruídos, por determinação do director técnico do Hospital*).
6. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 ), os dadores não são havidos, para todos os efeitos legais, como progenitores da criança que vai nascer, não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a ela.
7. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 , todos aqueles que, por qualquer forma, tomem conhecimento do recurso a técnicas de PMA ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o acto da PMA, não podendo ao beneficiário ou ao dador ser revelada a identidade de qualquer um deles.
8. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 , qualquer criança nascida em consequência de processos de PMA com recurso aos espermatozóides doados podem obter, junto dos Serviços de Saúde, as informações de natureza genética que lhe diga respeito e de eventual existência de impedimento legal a projectado casamento. E compreendo que as informações sobre a identidade do dador, apenas podem ser obtidas por razões ponderosas reconhecidas por decisão judicial.

9. Compreendo que devo gozar de bom estado de saúde física e mental, e que não padeço de doença genética ou infecciosa. E que de acordo com o meu conhecimento:

(a) Encontro de boa saúde e não tenho doença genética ou infecciosa, salvo o seguinte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) Nenhum dos parentes padece ou padeceu de qualquer doença genética, salvo as seguintes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Compreendo e aceito que existem rastreio clínicos e laboratoriais obrigatórios, para a avaliação e selecção de dadores, nomeadamente exames de sangue (incluindo testes de HIV) e exames médicos prescritos pelo Hospital.

11. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005 . Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do dador

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de identificação)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

\* Eliminar o que não for aplicável

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Dia) (Mês) (Ano)

(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 4

### Consentimento para doação anónima de ovócitos

1. \_\_\_\_\_ (nome), titular de \_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação) n.º \_\_\_\_\_, solteira/casada/em união de facto\*, **DOU O MEU CONSENTIMENTO** para a doação anónima de ovócitos para \_\_\_\_\_ (nome do hospital público ou unidade de PMA), adiante designado por Hospital, e compreendo que os ovócitos são utilizados por casais ou unidos de facto em técnicas de PMA, nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023 em técnicas de PMA . Compreendo que este consentimento não pode ser revogado ou alterado após a doação.
2. Concordo:
  - (a) Em submeter a terapêutica de estimulação do desenvolvimento e maturação das células reprodutoras (*os ovócitos*) através do recurso a medicamentos injectáveis;
  - (b) Na punção dos ovários para recolha (*aspiração*) de ovócitos com a ajuda de laparoscopia/ecografia;
  - (c) Na administração de medicamentos e/ou anestésicos apropriados, caso seja necessário, para o procedimento.
3. Concordo que os ovócitos não podem ser responsáveis por mais de um evento de nado vivo.
4. Doe/não doe\* os ovócitos em \_\_\_\_\_ ocasiões anteriores, antes desta doação ao Hospital, sendo que os pormenores das suas doações anteriores os seguintes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(indique o nome do Hospital para o qual a doação foi efectuada, a data da doação e outras informações que sejam relevantes).

5. Confirmando que me foi claramente informado sobre as diferentes etapas e implicações médicas, sociais e jurídicas da doação por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas por mim, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as implicações da doação.
6. Concordo e aceito que os ovócitos sejam congelados e preservados por um prazo máximo de 10 anos ou até a ocorrência de um evento de nado vivo (*consoante o facto que ocorrer primeiro*). E que decorrido o prazo máximo de preservação acima referido, ou após a ocorrência de um evento de nado vivo (*consoante o facto que ocorrer primeiro*), concordo que podem os ovócitos preservados ser (*indicar apenas um destino*):
- [ ] Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;
- [ ] Doados para investigação científica (*Decorridos cinco anos a contar da data do consentimento, sem que os ovócitos tenham sido utilizados, podem os mesmos ser descongelados e destruídos, por determinação do director técnico do Hospital*).
7. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023, os dadores não são havidos, para todos os efeitos legais, como progenitores da criança que vai nascer, não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a ela.
8. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023, todos aqueles que, por qualquer forma, tomem conhecimento do recurso a técnicas de PMA ou da identidade de qualquer dos participantes nos respectivos processos estão obrigados a manter sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre o acto da PMA, não podendo ao beneficiário ou ao dador ser revelada a identidade de qualquer um deles.

9. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023, qualquer criança nascida em consequência de processos de PMA com recurso aos ovócitos doados podem obter, junto dos Serviços de Saúde, as informações de natureza genética que lhe diga respeito e de eventual existência de impedimento legal a projectado casamento. E compreendo que as informações sobre a identidade do dador, apenas podem ser obtidas por razões ponderosas reconhecidas por decisão judicial.
10. Compreendo que devo gozar de bom estado de saúde física e mental, e que não padeço de doença genética ou infecciosa. E que de acordo com o meu conhecimento:
- (a) Encontro de boa saúde e não tenho doença genética ou infecciosa, salvo o seguinte:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (b) Nenhum dos parentes padece ou padeceu de qualquer doença genética, salvo as seguintes
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
11. Compreendo e aceito que existem rastreio clínicos e laboratoriais obrigatórios, para a avaliação e selecção de dadores, nomeadamente exames de sangue (*incluindo testes de HIV*) e exames médicos prescritos pelo Hospital.
12. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da dadora

\_\_\_\_\_ *(conforme o documento de identificação)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da Testemunha  
e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital)* Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 5

### Consentimento para inseminação artificial com sémen de um dador

#### PARTE I

#### CONSENTIMENTO DA MULHER OU MULHER EM UNIÃO DE FACTO

1. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_  
(*tipo de documento de identificação*), n.º \_\_\_\_\_, casada/em união  
de facto\*, com residência em \_\_\_\_\_ (*morada*),  
\_\_\_\_\_ (*telefone*), desejando ter um filho, mas que face às técnicas  
médico-científicas disponíveis, não possa obter-se gravidez/evitar gravidez com  
doença genética grave\*, através de inseminação com sémen do marido ou do homem  
em união de facto, **AUTORIZO** o \_\_\_\_\_ (*nome  
do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, para a  
inseminação artificial com sémen do dador com número de  
referência \_\_\_\_\_, e que tem por objectivo o tratamento da própria/do  
meu marido ou homem em união de facto/ evitar gravidez com doença genética grave\*.
2. Concordo em administração de medicamentos apropriados, caso necessário, para  
efeitos do tratamento.
3. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 não pode ser revelada a identidade do  
dador, e que o dador de sémen não é havido, para todos os efeitos legais, como pai da  
criança que vier a nascer não lhe cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a  
ela.

4. Confirmando que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas no âmbito do processo de PMA por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.
5. Compreendo e aceito integralmente o seguinte:
  - (a) O tratamento no âmbito do processo de PMA acima mencionado pode não resultar em gravidez bem-sucedida;
  - (b) As gestações resultantes destas técnicas estão sujeitas a complicações como quaisquer outras;
  - (c) Qualquer criança concebida ou nascida como resultado destas técnicas pode sofrer de problemas de saúde ou deficiência física ou mental resultante de condições genéticas, hereditárias ou outras, análogas a gravidez normal.
6. Compreendo e aceito que:
  - (a) Este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma vez inseminada com sêmen do dador;
  - (b) A inseminação artificial com sêmen do dador não será realizada se o meu marido ou homem em união de facto revogar ou alterar o seu consentimento antes da inseminação.
7. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contactos e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
8. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito dos processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da mulher ou  
mulher em união de facto\*

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(conforme o Certidão de Registo  
de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(conforme o documento de  
identificação)*

PARTE II  
CONSENTIMENTO DO MARIDO OU HOMEM EM UNIÃO DE FACTO

9. \_\_\_\_\_ (nome), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, marido/homem em  
união de facto\*, de \_\_\_\_\_ (nome da mulher/mulher em  
união de facto), com residência em \_\_\_\_\_ (morada),  
\_\_\_\_\_ (telefone), desejando ter um filho, mas que face às técnicas  
médico-científicas disponíveis, não possa obter-se gravidez/evitar gravidez com  
doença genética grave\*, através de inseminação com o meu sémen, **AUTORIZO** o  
\_\_\_\_\_ (nome do hospital público ou unidade de  
PMA), adiante designado por Hospital, para a inseminação artificial com sémen do  
dador com número de referência \_\_\_\_\_ e que tem por objectivo o  
tratamento do próprio/da minha mulher ou mulher em união de facto/ evitar gravidez  
com doença genética grave\*.
10. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 não pode ser revelada a identidade do  
dador, e que desde que eu tenha prestado consentimento na inseminação artificial com  
sémen de um dador, se da inseminação vier a resultar o nascimento de um filho, sou  
havido como pai da criança.
11. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as  
implicações médicas, sociais e jurídicas no âmbito do processo de PMA por  
\_\_\_\_\_ (nome do profissional de saúde) e que foram  
esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido  
oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_  
(nome do profissional de saúde) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.
12. Compreendo e aceito que este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma  
vez realizada a inseminação com sémen de um dador.

13. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
14. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do marido ou do  
homem em união de facto\*

\_\_\_\_\_

*(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º #

Local de celebração  
do casamento #

\_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente

Assinatura do Médico  
Assistente

\_\_\_\_\_

*(conforme o documento  
de identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento  
de identificação)

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os beneficiários sejam casados

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Dia) (Mês) (Ano)

(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 6

### Consentimento para Fertilização *in vitro* / transferência embrionária

Para ser utilizado em todos os ciclos de tratamento que envolvam

(i) transferência de embriões frescos ou

(ii) utilização de gâmetas de dadores

#### PARTE I

#### CONSENTIMENTO DA MULHER OU MULHER EM UNIÃO DE FACTO

1. \_\_\_\_\_ (nome), titular de  
\_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação),  
n.º \_\_\_\_\_, casada/em união de facto\*, com residência  
em \_\_\_\_\_  
(morada), \_\_\_\_\_ (telefone), AUTORIZO o \_\_\_\_\_  
(nome do hospital público ou unidade de PMA), adiante designado por Hospital, o  
tratamento através da aplicação das técnicas de PMA por fertilização *in vitro*/transferência de embriões e que tem por objectivo o tratamento da própria/do  
meu marido ou homem em união de facto/evitar gravidez com doença genética grave\*.
  
2. Autorizo, igualmente, a utilização das seguintes técnicas de PMA (indicar conforme  
adequado)  
  
 Fertilização *in vitro* e transferência embrionária;  
 Transferência intratubária de gâmetas (GIFT);  
 Transferência intratubária de zigotos (ZIFT);  
 Outras (indicar) \_\_\_\_\_.

3. Concordo:
- (a) Em submeter a terapêutica de estimulação do desenvolvimento e maturação das células reprodutoras (*os ovócitos*) através do recurso a medicamentos injectáveis;
  - (b) Na punção dos ovários para recolha (*aspiração*) de ovócitos com a ajuda de laparoscopia/ecografia;
  - (c) Na administração de medicamentos e/ou anestésicos apropriados, caso necessário, para o referido procedimento;
  - (d) Na transferência uterina de gâmetas/embriões.
4. Concordo com a combinação:
- Dos meus óvulos com os espermatozóides do meu marido/homem em união de facto\*;
  - Dos meus óvulos com espermatozóides do dador com número de referência \_\_\_\_\_.
5. Compreendo que nos termos da Lei n.º 14/2023 não pode ser revelada a identidade do dador das gâmetas, os dadores não são havidos, para todos os efeitos legais, como progenitores da criança que vai nascer, não lhes cabendo quaisquer poderes ou deveres em relação a ela.
6. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis no âmbito do processo de PMA por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas por mim, tendo também sido oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.

7. Compreendo e aceito integralmente o seguinte:
- (a) O tratamento no âmbito do processo de PMA acima mencionado podem não resultar em gravidez bem-sucedida;
  - (b) Poder não conseguir levar a gestação até ao fim;
  - (c) Poder vir a sofrer de doenças ou complicações decorrentes ou em consequência de gravidez resultante de fertilização in vitro/transferência de embriões;
  - (d) Qualquer criança concebida ou nascida como resultado destas técnicas pode sofrer de problemas de saúde ou deficiência física ou mental resultante de condições genéticas, hereditárias ou outras, análogas a gravidez normal.
8. Compreendo e aceito que:
- (a) Este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma vez ser realizada a transferência embrionária;
  - (b) Os procedimentos previstos na cláusula 2 não serão realizados caso o meu marido ou homem em união de facto revogar ou alterar o seu consentimento antes da transferência embrionária.
9. Compreendo e aceito que os óvulos não fertilizados (*ovócitos*) recolhidos e que não sejam utilizados podem (*indicar apenas um destino*):
- O destino a dar nos termos indicado no modelo 1 dos termos de consentimento
  - Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;
  - Doados anonimamente para casais ou unidos de facto nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023, contudo os óvulos não fertilizados (*ovócitos*) doados não podem ser responsáveis por mais de 1 nado vivo (*na impossibilidade de alcançar este destino pretendido, o Hospital pode determinar a destruição dos ovócitos preservados de acordo com as Instruções para a destruição de material biológico preservado*);

Doados para investigação científica (*decorrido cinco anos a contar da data do consentimento, sem que os ovócitos tenham sido utilizados, podem os mesmos ser descongelados e destruídos, por determinação do director técnico do Hospital*).

10. Compreendo e aceito que os embriões excedentários que não tiverem sido transferidos, são preservados, comprometendo-se os beneficiários a utilizá-los em novo processo de transferência embrionária no prazo máximo de 10 anos.

11. Compreendo e aceito que posso, através de pedido devidamente justificado, solicitar a prorrogação do prazo máximo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos.

12. Compreendo e aceito que decorrido o prazo máximo de preservação de 10 anos ou o prazo resultante da prorrogação do prazo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos, ou em situação de divórcio ou de separação de facto ou falecimento de qualquer das partes da relação conjugal ou de união de facto, ou ainda nos casos em que uma das partes torne incapaz de revogar o seu consentimento podem os embriões (*indicar apenas um destino*):

Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;

Doados para investigação científica nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 14/2023 (*caso nos 10 anos subsequentes ao prazo máximo de preservação de 10 anos ou ao prazo resultante da prorrogação do prazo de preservação dos embriões por um novo período de cinco anos, os embriões não tenham sido utilizados em projecto de investigação científica aprovado ao abrigo do artigo 11.º da Lei n.º 14/2023, podem os mesmos ser descongelados e destruídos por determinação do director técnico do Hospital*).

13. Compreendo e aceito que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
14. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
15. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas/processadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da mulher ou  
mulher em união de facto\*

\_\_\_\_\_

*(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

Nome da Testemunha  
e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

## PARTE II

### CONSENTIMENTO DO MARIDO OU HOMEM EM UNIÃO DE FACTO

16. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_  
(*tipo de documento de identificação*), n.º \_\_\_\_\_, marido/homem em  
união de facto\*, de \_\_\_\_\_ (*nome da mulher/mulher em união  
de facto\**), com residência em \_\_\_\_\_  
(*morada*), \_\_\_\_\_ (*telefone*), **AUTORIZO** o \_\_\_\_\_  
(*nome do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, a  
aplicação das técnicas de PMA consentidas pela \_\_\_\_\_ (*nome  
da mulher/mulher em união de facto\**), e que tem por objectivo o tratamento do  
próprio/da mulher ou mulher em união de facto/evitar gravidez com doença genética  
grave\*.
17. Compreendo e aceito que sou havido como pai da criança que vier a nascer com  
recurso a estas técnicas.
18. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as  
implicações médicas, sociais e jurídicas no âmbito do processo de PMA por  
\_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram  
esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido

oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_  
(nome do profissional de saúde) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.

19. Compreendo e aceito que este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma vez realizada a transferência uterina de embriões, e que qualquer revogação ou alteração deste consentimento não será efectiva antes da comunicação por escrito ao Hospital.
20. Compreendo e aceito que os embriões excedentários criados no decurso de processos de PMA referidos na cláusula 2, tenham o destino estabelecido pela minha mulher / mulher em união de facto na cláusula 12 deste termo de consentimento.
21. Autorizo que os espermatozóides recolhidos e que não sejam utilizados no decurso dos procedimentos previstos na cláusula 2 acima poderão ser tratados de acordo com as instruções da minha mulher/mulher em união de facto, conforme estabelecido na cláusula 9 deste documento.
22. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
23. Compreendo e aceito que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
24. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas/processadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. E que li e

compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do marido ou do  
homem em união de facto\*

\_\_\_\_\_ *(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo de  
Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da Testemunha  
e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os beneficiários sejam casados

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital)* Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 7

### Consentimento para destruição de material biológico preservado

1. \_\_\_\_\_ (nome do marido/homem em união de facto\*)  
(doravante designado por "o declarante"), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, com residência em  
\_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_  
(telefone), e \_\_\_\_\_ (nome da mulher/mulher em união de  
facto\*) (doravante designada por "a declarante"), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, com residência em  
\_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_ (telefone),  
**AUTORIZAMOS** \_\_\_\_\_ (nome do hospital público ou  
unidade de PMA), doravante designado por Hospital, para a destruição  
espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido ovárico/embriões\*[produzidos com  
os nossos gâmetas/gâmetas de \_\_\_\_\_ (nome  
de um de declarantes) e de dador com número de  
referência \_\_\_\_\_\*], preservados no Hospital, conforme o nosso  
consentimento em \_\_\_\_\_ (data do consentimento).
2. Confirmamos que nos foi claramente informado sobre a natureza e as implicações  
prováveis da destruição dos espermatozóides/ovócitos/tecido testicular/tecido  
ovárico/embriões\*, \_\_\_\_\_ (nome do profissional de  
saúde), e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por nós  
colocadas, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com  
\_\_\_\_\_ (nome do profissional de saúde) sobre as prováveis  
implicações da destruição.

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Assinatura da declarante

\_\_\_\_\_ *(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os declarantes sejam casados

**Nota:**

Caso não seja obtido o consentimento de ambas as partes, o Hospital manterá a preservação dos embriões até o fim do prazo máximo de preservação.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital)* Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 8

### Consentimento para utilização de técnicas de PMA na escolha do sexo por objectivo de tratamento médico

1. \_\_\_\_\_ (nome do marido/homem em união de facto\*)  
(doravante designado por "o declarante"), titular de \_\_\_\_\_  
(tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, com residência  
em \_\_\_\_\_ (morada),  
\_\_\_\_\_ (telefone), e \_\_\_\_\_ (nome da  
mulher/mulher em união de facto\*) (doravante designada por "a declarante"), titular  
de \_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação), n.º  
\_\_\_\_\_, com residência em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_ (telefone),

**AUTORIZAMOS** \_\_\_\_\_ (nome  
do hospital público ou unidade de PMA), doravante designado por Hospital, para a  
aplicação técnicas de PMA para a escolha do sexo do nascituro, e compreendemos que  
apenas são utilizados nossos gâmetas.

2. Autorizamos, igualmente a utilização das seguintes técnicas (indicar conforme  
apropriado)

- Tratamento de espermatozóides e inseminação artificial com escolha de sexo;
- Tratamento de espermatozóides e Transferência intratubária de gâmetas (GIFT);
- Tratamento de espermatozóides e Transferência intratubária de zigotos (ZIFT);
- Fertilização *in vitro* ;
- Teste genético pré-implantação de embriões e transferência embrionária com  
escolha de sexo;
- Outros (especificar) \_\_\_\_\_.

3. Compreendemos que a utilização das técnicas referidas na cláusula anterior pode resultar na escolha do sexo do nascituro, mas que a utilização destas técnicas são necessárias para o tratamento médico da doença genética ligada ao sexo, \_\_\_\_\_ (*designação da doença*), constante de lista aprovada por despacho do Chefe Executivo. E que confirmamos que nos foi claramente informado sobre a natureza e as implicações da doença genética ligada ao sexo por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*).
4. Confirmamos que nos foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis da escolha do sexo por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*), e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas por nós colocadas, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.
5. Compreendemos e aceitamos integralmente que:
  - (a) A declarante pode não ficar grávida;
  - (b) A declarante pode não conseguir levar a gestação até o fim;
  - (c) A declarante pode vir a sofrer de doenças ou complicações decorrentes ou em consequência de uma gravidez resultante da fertilização *in vitro*/ transferência embrionária;
  - (d) Qualquer criança concebida ou nascida como resultado destas técnicas pode sofrer de problemas de saúde ou deficiência física ou mental resultantes de condições genéticas, hereditárias ou outras, análogas a gravidez normal;
  - (e) Qualquer técnica de PMA para a escolha do sexo tem eficácia variável e que não pode ser dada garantia quanto ao sucesso da aplicação destas técnicas.

6. \_\_\_\_\_ (nome da declarante),

concordo:

- (a) Em submeter a terapêutica de estimulação do desenvolvimento e maturação das células reprodutoras (*os ovócitos*) através do recurso a medicamentos injectáveis;
- (b) Na punção dos ovários para recolha (*aspiração*) de ovócitos com a ajuda de laparoscopia/ecografia;
- (c) Na administração de medicamentos e/ou anestésicos apropriados, caso necessário, para o referido procedimento;

E que confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, o procedimento e as possíveis complicações da punção dos ovários para recolha (*aspiração*) de ovócitos por \_\_\_\_\_ (nome do profissional de saúde), e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (nome do profissional de saúde) sobre as prováveis implicações do referido procedimento.

- 7. Compreendemos e aceitamos que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
- 8. Compreendemos e aceitamos que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
- 9. Para devidos efeitos, declaramos que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas/processadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. E que lemos e

compreendemos as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da declarante

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Certidão de Registo  
de Casamento n.º #

Local de  
celebração do  
casamento #

\_\_\_\_\_  
(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)

Nome do Médico  
Assistente

Assinatura do  
Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de  
identificação)

Nome da  
Testemunha e cargo

Assinatura da  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de  
identificação)

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os declarantes sejam casados

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Dia) (Mês) (Ano)

(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 9

### Consentimento para inseminação artificial com sémen do marido ou homem unido de facto

#### PARTE I

#### CONSENTIMENTO DA MULHER OU MULHER EM UNIÃO DE FACTO

1. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_ (*tipo de documento de identificação*), n.º \_\_\_\_\_, casada/unida de facto\*, com residência em \_\_\_\_\_ (*morada*), \_\_\_\_\_ (*telefone*), **AUTORIZO** o \_\_\_\_\_ (*nome do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, para a inseminação intravaginal/intracervical/intrauterina\*, através de sémen do meu marido/homem em união de facto\*, e que tem por objectivo o tratamento da própria/do meu marido ou homem em união de facto/doenças graves dos filhos\*.
2. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas no âmbito do processo de PMA por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.
3. Compreendo e aceito integralmente o seguinte:
  - (a) O tratamento no âmbito do processo de PMA acima mencionado podem não resultar em gravidez bem-sucedida;
  - (b) As gestações resultantes destas técnicas estão sujeitas a complicações como quaisquer outras;

- (c) Qualquer criança concebida ou nascida como resultado destas técnicas pode sofrer de problemas de saúde ou deficiência física ou mental resultante de condições genéticas, hereditárias ou outras, análogas a gravidez normal.
4. Compreendo e aceito que:
- (a) Este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma vez inseminada com sémen;
  - (b) A inseminação artificial não será realizada se o meu marido ou homem em união de facto revogar ou alterar o seu consentimento antes da inseminação.
5. Compreendo e aceito que os espermatozóides recolhidos e que não sejam utilizados no decurso do processo de PMA poderão ser tratados de acordo com as instruções do meu marido/homem em união de facto\*, conforme estabelecido na cláusula 10 deste documento.
6. Compreendo e aceito que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
7. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
8. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura da mulher ou  
mulher em união de facto\*

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

Nome da Testemunha  
e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

## PARTE II

### CONSENTIMENTO DO MARIDO OU HOMEM EM UNIÃO DE FACTO

9. \_\_\_\_\_ (nome), titular  
de \_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação),  
n.º \_\_\_\_\_, marido/homem em união de facto\*, de  
\_\_\_\_\_ (nome da mulher/mulher em união de  
facto\*), com residência em \_\_\_\_\_ (morada),  
\_\_\_\_\_ (telefone), **AUTORIZO** o \_\_\_\_\_ (nome  
do hospital público ou unidade de PMA), adiante designado por Hospital, para a

inseminação intravaginal/intracervical/intrauterina\*, através de meu sémen, e que tem por objectivo o tratamento do próprio/da minha mulher ou mulher em união de facto/doenças graves dos filhos\*.

10. Compreendo e aceito que sou havido como pai da criança que vier a nascer com recurso a estas técnicas.
11. Confirmando que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas no âmbito do processo de PMA por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas, tendo também sido oferecidos serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações do referido tratamento.
12. Compreendo e aceito que este consentimento não pode ser revogado ou alterado uma vez realizada a inseminação, e que qualquer revogação ou alteração deste consentimento não será efectiva antes da comunicação por escrito ao Hospital.
13. Compreendo e aceito que os espermatozóides recolhidos e que não sejam utilizados podem (indicar apenas um destino):
  - O destino a dar nos termos indicado no modelo 1 dos termos de consentimento;
  - Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;
  - Doados anonimamente para casais ou unidos de facto nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023, contudo os espermatozóides doados não podem ser responsáveis por mais de 1 nado vivo (*na impossibilidade de alcançar este destino pretendido, o Hospital pode determinar a destruição dos espermatozóides preservados de acordo com as Instruções para a destruição de material biológico preservado*);

[ ] Doados para investigação científica (*decorridos cinco anos a contar da data do consentimento, sem que os espermatozóides tenham sido utilizados, podem os mesmos ser descongelados e destruídos, por determinação do director técnico do Hospital*).

14. Compreendo e aceito que a transferência embrionária depois da morte do declarante apenas pode ser realizada caso haja um projecto parental claramente estabelecido por escrito antes da morte do declarante, e decorrido um prazo de tempo considerado ajustado à adequada ponderação da decisão, mas nunca após os 12 meses seguintes ao do referido falecimento, sendo a criança nascida havida para todos os efeitos legais como filho do declarante.
15. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
16. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de utilização de técnicas de procriação medicamente assistida e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. Li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do marido ou do  
homem em união de facto\*

---

(conforme o documento de identificação)

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os beneficiários sejam casados

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital)* Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 10

### Consentimento para transferência de embriões descongelados

(APENAS para ser utilizado em ciclos de tratamento subsequentes envolvam transferência de embriões descongelados mas que NÃO envolvam gâmetas de dador)

#### PARTE I

#### CONSENTIMENTO DA MULHER OU MULHER EM UNIÃO DE FACTO

1. \_\_\_\_\_ (nome), titular de \_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, casada/em união de facto\*, com residência em

\_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_ (telefone), **CONFIRMO** o consentimento prestado em \_\_\_\_\_ (data do consentimento para o primeiro ciclo de tratamento através das técnicas de PMA), e os procedimentos de técnicas de PMA nele indicados, permanecendo válido e aplicável ao novo ciclo de tratamento.

2. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.

Assinatura da mulher ou  
mulher em união de facto\*

\_\_\_\_\_  
(conforme o documento de identificação)

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do  
Médico Assistente \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

(conforme o documento de  
identificação)

## PARTE II

### CONSENTIMENTO DO MARIDO OU HOMEM EM UNIÃO DE FACTO

3. \_\_\_\_\_ (nome), titular de \_\_\_\_\_ (tipo de documento de identificação), n.º \_\_\_\_\_, marido/homem em união de facto\*, de \_\_\_\_\_ (nome da mulher/mulher em união de facto\*), com residência em \_\_\_\_\_ (morada), \_\_\_\_\_ (telefone), **CONFIRMO** o consentimento prestado em \_\_\_\_\_ (data do consentimento para o primeiro ciclo de tratamento através das técnicas de PMA), e os procedimentos de técnicas de PMA nele indicados, permanecendo válido e aplicável ao novo ciclo de tratamento.
4. Compreendo e aceito que as alterações na relação conjugal ou de união de facto, do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.

Assinatura do marido ou do  
homem em união de facto\*

\_\_\_\_\_ *(conforme o documento de identificação)*

Certidão de Registo  
de Casamento n.º # \_\_\_\_\_

Local de celebração  
do casamento # \_\_\_\_\_

*(conforme o Certidão de  
Registo de Casamento)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

# A preencher caso os beneficiários sejam casados

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital)* Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_

## Modelo 11

### Consentimento para preservação de gâmetas de utentes com fundado receio de futura esterilidade

1. \_\_\_\_\_ (*nome*), titular de \_\_\_\_\_ (*tipo de documento de identificação*), n.º \_\_\_\_\_, solteiro/casado/em união de facto\*, com residência em \_\_\_\_\_ (*morada*), \_\_\_\_\_ (*telefone*), com fundado receio de futura esterilidade, **AUTORIZO** a recolha, o congelamento e a preservação dos meus espermatozóides/óvulos\* pelo \_\_\_\_\_ (*nome do hospital público ou unidade de PMA*), adiante designado por Hospital, para fins de utilização de técnicas de PMA, conforme o conjunto de técnicas e tratamentos médicos adoptados pelo Hospital, adiante designado por Programa.
2. Confirmo que me foi claramente informado sobre a natureza, as diferentes etapas e as implicações médicas, sociais e jurídicas prováveis da preservação por \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) e que foram esclarecidas as dúvidas e respondidas as perguntas colocadas por mim, tendo também sido oferecida serviços de aconselhamento com \_\_\_\_\_ (*nome do profissional de saúde*) sobre as prováveis implicações.
3. Concordo e aceito que os espermatozóides/óvulos\*, sejam preservados por um prazo inicial de dois anos a contar da data de congelamento e que, sem prejuízo do estabelecido na cláusula 4 do presente termo de consentimento, a prorrogação do prazo por um novo período de dois anos tem de ser através de declaração por escrito. E compreendo e aceito que a referida declaração tem de ser comunicada ao Hospital, com antecedência de um mês antes decorrido o prazo de preservação acima referido\*

*(eliminar esta cláusula se o prazo de preservação indicado na cláusula 4 for inferior a 2 anos).*

4. Compreendo e aceito que decorrido o prazo de preservação e na ausência da notificação por escrito da prorrogação do prazo, ou após o meu falecimento ou caso me torne incapaz de alterar ou revogar o meu consentimento (*consoante o facto que ocorrer primeiro*), o Hospital pode determinar o destino a dar aos espermatozóides/óvulos \* (*indicar apenas um destino*):

[ ] Destruídos de acordo com as «Instruções para a destruição de material biológico preservado» definidas pelos Serviços de Saúde;

[ ] Doados anonimamente para casais ou unidos de facto nos termos do artigo 12.º da Lei n.º 14/2023, contudo os gâmetas doados não podem ser responsáveis por mais de 1 nado vivo (*na impossibilidade de alcançar este destino pretendido, o Hospital pode determinar a destruição dos espermatozóides/óvulos\* preservados de acordo com as Instruções para a destruição de material biológico preservado*);

[ ] Doados para investigação científica (*decorridos cinco anos a contar da data do consentimento, sem que o material biológico tenha sido utilizado, pode o material biológico ser descongelado e destruído, por determinação do director técnico do Hospital*).

5. Compreendo e aceito que os gâmetas recolhidos e preservados com fundado receio de futura esterilidade só podem ser utilizados para fins de utilização de técnicas de PMA, caso as condições previstas nos artigos 6.º e 7.º da Lei n.º 14/2023 estejam cumpridas. E que após o meu falecimento, os gâmetas preservados não podem ser utilizados pelo cônjuge ou unido de facto para gerar um filho.

6. Compreendo que o meu consentimento para o congelamento e a preservação dos meus espermatozóides/óvulos\* é livremente revogável antes da transferência uterina de

sémen ou de embriões, e que a revogação depende de comunicação por escrito ao Hospital, indicando o destino a dar aos espermatozóides/óvulos\*:

- (a) Transferidos para outro Hospital da RAEM autorizado para ministrar técnicas de PMA;
- (b) Transferidos para entidades autorizadas a ministrar técnicas de PMA no exterior da RAEM;
- (c) O destino a dar de acordo com minhas instruções estabelecidas na cláusula 4.

E que, caso não indicar o destino a dar aos espermatozóides/óvulos\* na comunicação por escrito para revogação do consentimento, o Hospital pode determinar o seu destino de acordo com as instruções estabelecidas na cláusula 4.

7. Compreendo e aceito que as alterações do número de contacto e da morada têm de ser comunicadas ao Hospital no prazo de 90 dias.
8. Compreendo e aceito integralmente o seguinte:
  - (a) Os espermatozóides/óvulos\* podem não resultar em gravidez bem-sucedida;
  - (b) Os procedimentos de congelamento, descongelamento e preservação dos espermatozóides/óvulos\* não produzem uma incidência maior de gravidez anormal em comparação com uma gravidez normal. Qualquer criança concebida ou nascida a partir da utilização de tais materiais pode, no entanto, sofrer de deficiências físicas ou mentais como resultado de razões genéticas, hereditárias ou outras;
  - (c) A qualidade dos espermatozóides/óvulos\* preservados depende em grande medida da qualidade da amostra submetida para preservação;
  - (d) A qualidade dos espermatozóides/óvulos\* pode deteriorar-se após os procedimentos de congelamento e descongelamento e pode não ser adequados para utilização posterior;
  - (e) O Hospital não é responsável por danos ou deterioração dos espermatozóides/óvulos\* que seja devido a causas que estejam além do seu controle ou devido a circunstâncias imprevistas.

9. Para devidos efeitos, declaro que estou ciente que todas as informações fornecidas servem apenas para efeitos de preservação de gâmetas nos termos do artigo 8.º da Lei n.º 14/2023 e serão tratadas de acordo com a Lei n.º 8/2005. E que li e compreendo as Instruções sobre os dados pessoais recolhidos no âmbito processos de PMA constante no anexo V das presentes instruções.

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_ *(conforme o documento de identificação)*

Nome do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico  
Assistente \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

Nome da  
Testemunha e cargo \_\_\_\_\_

Assinatura da  
Testemunha \_\_\_\_\_

*(conforme o documento de  
identificação)*

\* Eliminar o que não for aplicável

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
*(Dia) (Mês) (Ano)*

*(A preencher pelo Hospital) Programa n.º \_\_\_\_\_ /Data: \_\_\_\_\_*