

Estabelecimento de saúde _____

Eu _____ com o processo clínico n.º _____, venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- Confirmando que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- Confirmando que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de actos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efectuados todos os actos médicos indicados;
- Confirmando que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas;
- Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea e) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.

- Confirmando que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade.
- Confirmando que, mediante a minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias.

Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:

- Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica
- Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez
- Está indicada porque há seguros motivos para prever que o meu feto virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez
- Está indicada porque o feto é inviável
- Será efectuada porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e vai ser realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez
- Será efectuada por minha opção e vai ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez

Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:

- Cirúrgico com anestesia local
- Cirúrgico com anestesia geral
- Medicamentoso
- Medicamentoso seguido de cirúrgico

Nome (em maiúsculas) _____

Assinatura _____

DATA ____/____/____

(Preencher em caso de menor de 16 anos ou mulher psicologicamente incapaz)

Nome do representante legal, do ascendente, do descendente ou do parente na linha colateral

(art. 142º, n.º 5 do Código Penal)

Assinatura _____

DATA ____/____/____



INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NA CONSULTA PRÉVIA

Confirmo que, no âmbito da consulta prévia, realizada no estabelecimento de saúde
_____ em ____/____/____,
informei a grávida _____
_____ ou o representante legal, o ascendente, o descendente ou o parente na linha colateral
_____ de forma adequada e compreensível, do significado da interrupção da gravidez, assim como dos
seus possíveis riscos e complicações.

Nome (em maiúsculas) _____

Assinatura _____

Data ____/____/____