

Instruções e Procuração para Tratamento de Saúde

1. Eu, _____

preencho este documento para determinar instruções relativas ao tratamento de minha saúde e nomear um procurador para o caso de eu vir a ficar inconsciente.
2. Sou Testemunha de Jeová, e não aceito **NENHUMA TRANSFUSÃO de sangue total, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma** em nenhuma circunstância, mesmo que os profissionais de saúde opinem que isso seja necessário para a manutenção da minha vida. Recuso-me a fazer doações antecipadas e a armazenar meu sangue para posterior infusão.
3. **Com respeito a pequenas frações de sangue:** [Apus minha assinatura abreviada (rubrica) à opção que se aplica ao meu caso.]
(a) _____ RECUSO TODAS (b) _____ RECUSO TODAS, EXCETO: _____

(c) _____ Posso aceitar, ou não, algumas pequenas frações de sangue, mas os pormenores devem ser considerados comigo, se eu estiver consciente, ou com meu procurador, caso eu venha a ficar inconsciente.
4. **Com respeito a procedimentos médicos que envolvam meu próprio sangue,** exceto procedimentos para diagnóstico, tais como amostras de sangue para exames: [Apus minha assinatura abreviada (rubrica) à opção que se aplica ao meu caso.]
(a) _____ RECUSO TODOS (b) _____ RECUSO TODOS, EXCETO: _____

(c) _____ Posso aceitar, ou não, alguns procedimentos médicos que envolvam o uso de meu sangue, mas os pormenores devem ser considerados comigo, se eu estiver consciente, ou com meu procurador, caso eu venha a ficar inconsciente.
5. **Instruções com respeito a outros tratamentos de saúde** (tais como medicamentos em uso, alergias e problemas de saúde):

6. Não concedo a ninguém (incluindo meu procurador) autoridade para desconsiderar ou anular minhas instruções expressas neste documento. Familiares, parentes ou amigos talvez discordem das minhas decisões, mas qualquer discordância da parte deles não diminui a força ou a substância da minha recusa de sangue, ou de outras instruções.
7. À parte das questões acima abrangidas, nomeio a pessoa abaixo indicada como meu procurador para tomar em meu nome decisões sobre tratamentos de saúde. Outorgo-lhe plenos poderes para solicitar informações de meus médicos, requerer e receber cópias de meus prontuários médicos, tomar medidas legais para garantir que minha vontade seja respeitada, conferindo-lhe poderes para o foro em geral, inclusive os constantes na cláusula *ad judicium et extra*. Se meu primeiro procurador não estiver disponível, estiver incapacitado ou não estiver disposto a servir, nomeio um procurador alternativo, conforme indicado abaixo, para atuar com o mesmo poder e autoridade.

8. _____
Assinatura

Local e data

9. **DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:** Declaro,
para os devidos fins de direito, que o outorgante
assinou este documento na minha presença,
estando no pleno gozo de suas faculdades mentais
e livre de qualquer erro, dolo ou coação.

Assinatura da testemunha

Nome e n.º do RG

Assinatura da testemunha

Nome e n.º do RG

PROCURADOR

Nome e qualificação: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

PROCURADOR ALTERNATIVO

Nome e qualificação: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

dpa-T Ba 11/04

Página 2 de 2

**Instruções e Procuração para
Tratamento de Saúde**
(O documento está assinado na parte interna.)

NÃO APLIQUE SANGUE

