



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DOS
ASSUNTOS SOCIAIS
Direcção Regional da Saúde

INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NA CONSULTA PRÉVIA

Confirmando 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 ____/____/____