



Os direitos dos pacientes

Brochura elaborada por:



Patiente Vertriebung A.s.b.l.
1b, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
+352 49 14 57
www.patientevertriebung.lu

Com o apoio financeiro de:
Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg e a
Oeuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte:



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé



ŒUVRE
Nationale de Secours
Grande-Duchesse Charlotte

Design gráfico/Impressão: Reka, Ehlerange

1 Os princípios gerais	9
1.1 O respeito da dignidade e da lealdade	9
1.2 O acesso a cuidados de qualidade	9
1.3 A livre escolha do prestador de cuidados de saúde	9
1.4 A assistência prestada ao paciente	9
1.5 A segurança do paciente e das visitas	10
1.6 O ensino e a participação em estudos no quadro da investigação médica	10
1.7 O dever do pessoal médico e de enfermagem	10
1.8 A recusa de tratamento do doente	11
1.9 O segundo parecer	11
1.10. A psiquiatria	12
2 A relação paciente - profissional de saúde - hospital	13
2.1 A informação	14
2.1.1 O princípio	14
2.1.2 As exceções	14
2.2 O consentimento livre e esclarecido	16
2.2.1 O princípio	16
2.2.2 As exceções	17
2.2.3 A forma do consentimento	18
2.2.4 A revogação do consentimento	19
2.2.5 A prova e a contestação	19
2.3 O processo clínico	19
2.3.1 A definição	19
2.3.2 O conteúdo do processo clínico	19
2.3.3 O direito de acesso ao processo clínico	20
2.3.4 O processo partilhado dos cuidados prestados (DSP)	21
2.3.5 Em caso de morte do paciente	22
2.3.6 As anotações pessoais	23
2.4 O segredo profissional	23
2.5 Apesar de confiança	25
2.6 O médico assistente (de referência)	26

Índice

3	Os cuidados transfronteiriços	27
4	Alguns problemas particulares	32
4.1	O medicamento genérico	32
4.2	Os cuidados paliativos	33
4.2.1	A definição	33
4.2.2	Os objetivos visados pelos cuidados paliativos	33
4.2.3	A diretiva antecipada	35
4.3	O recurso a meios de prolongamento da vida	35
4.4	A eutanásia e a assistência ao suicídio	36
4.4.1	A definição	36
4.4.2	As disposições de final de vida	37
4.5	A colheita de órgãos	38
4.5.1	A colheita em vida	38
4.5.2	A colheita após a morte do doente	38
4.6	A autópsia	38
5	A atuação profissional incorreta, a incúria profissional e os recursos	39
5.1	O apuramento dos danos	39
5.1.1	O erro clínico	39
5.1.2	A incúria e a atuação profissional incorreta	39
5.1.3	O procedimento no caso de contestação de uma fatura	40
5.2	A conciliação	40
5.3	O serviço nacional de informação e de mediação no domínio da saúde	41
5.4	O procedimento de denúncia	42
5.5	As jurisdições sociais	42
6	Miscellaneous	45
6.1	O glossário	45
6.2	A bibliografia e os diferentes instrumentos legais	49



Prefácio



O paciente como parceiro!

Cada vez mais se ouve com mais frequência e mais alto o desejo dos pacientes de serem incluídos no processo de consulta médica como parceiros, o desejo de serem ouvidos e levados a sério e de serem capazes de decidir em conjunto sobre um tratamento. Com a nova edição da brochura sobre os direitos e obrigações dos pacientes, a PatientenVertriebung asbl fornece aos pacientes um instrumento que os torna parceiros informados sobre uma base sólida de factos baseados no conhecimento.

Com a Lei dos Direitos dos Pacientes que entrou em vigor a 24 de Julho de 2014, direitos importantes do paciente foram deliberadamente ancorados em uma lei pela primeira vez. Os pacientes podem recorrer a essas leis se quiserem fazer valer os seus direitos contra um prestador de serviços médicos.

Com a ajuda desta brochura, o paciente pode participar activamente e sob a sua própria responsabilidade nos processos de tomada de decisões relativas à sua saúde, tornando-se assim um parceiro igual dentro da relação médico-paciente.

Finalmente, gostaria de agradecer a todos vós que têm e continuarão a colocar o bem-estar do paciente em primeiro lugar. Através do seu compromisso contínuo, está a ajudar a reforçar a relação de confiança entre paciente e provedor médico e a aumentar a qualidade e transparência da terapia.

Paulette Lenert
Ministra da Saúde



Fundada em 28 de junho de 1995, a organização sem fins lucrativos *Paciente Vertriebung* tem por objetivo a defesa dos direitos dos pacientes, a qual tem sido a sua missão há já mais de duas décadas.

No plano jurídico, foi a nova lei entrada em vigor a 24 de julho de 2014 que permitiu avançar e obter progressos consideráveis neste domínio. Contudo, embora esta organização tenha contribuído para a elaboração do projecto legislativo, nem todos os elementos que lhe eram caros foram tidos em consideração.

O paciente, debatendo-se com a doença que o aflige, é forçado a orientar-se num meio que lhe é estranho. Apesar de consultar o seu médico várias vezes por ano e de se submeter a exames médicos regulares, não conhece forçosamente os seus direitos e obrigações, visto que, muitas vezes, nem sequer sabe onde obter informações sobre os direitos que lhe assistem, apesar de serem essenciais à sua própria protecção.

Não é raro o paciente colocar-se questões como: “O médico que me foi destinado será um profissional experiente?” “Como irá desenrolar-se a operação e que riscos corro?” “O que faço se a operação não correr bem?” “Como deverei atuar nesse caso?” “Quais são os meus direitos?” “Se algo de grave me acontecer, irá o médico responsável contactar as pessoas que me são chegadas para se inteirar sobre a minha última vontade?” “Haverá alguém que possa servir de ‘pessoa de referência?’”

É no intuito de facultar ao paciente uma resposta a questões sobre os seus direitos, bem como sobre o exercício dos mesmos, que a *Paciente Vertriebung* preparou esta brochura, à qual o paciente poderá recorrer em caso de necessidade. Um paciente bem informado estará sempre em melhores condições para avaliar as situações e expressar a sua opinião. Desta forma, o paciente e o médico podem agir em parceria, em pé de igualdade, o que beneficia grandemente a relação entre ambos.

A presente brochura visa converter os pacientes em parceiros ativos de um sistema de saúde consagrado à promoção dos seus direitos.

Faço votos que esta seja para si uma leitura enriquecedora!

René Piffaferri
Presidente da *Paciente Vertriebung* asbl

Notas Preliminares

A presente brochura não é exaustiva, limita-se a abordar as linhas de orientação em matéria de direitos dos pacientes com base em diferentes leis em vigor¹ à data da sua publicação.

Para mais informações, poderá sempre consultar as diferentes bases jurídicas e os instrumentos legais afins e/ou recorrer aos vários centros de atendimento vocacionados para prestar informações sobre tudo o que possam ser as suas preocupações ou dúvidas quanto ao modo como deverá proceder.

A presente brochura visa ambos os sexos, sendo a forma masculina (“o paciente”, “o médico”, etc.) unicamente usada para facilitar a leitura.

- A lei de 24 de julho de 2014, que consagra os direitos e obrigações do paciente e institui um serviço nacional de informação e de mediação na área da saúde, é aqui designada por: “lei de 24 de julho de 2014”.
- A lei de 1 de julho de 2014, que transpõe a diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011 relativa à aplicação dos direitos dos pacientes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, é aqui designada por “lei de 1 de julho de 2014”.

No tocante aos direitos dos pacientes, importa tomar igualmente por referência os códigos deontológicos das diferentes profissões do setor da saúde que intervêm no tratamento dos doentes.

¹ Ver o capítulo 6.2. «A bibliografia e os diferentes instrumentos legais»

I Os princípios gerais

I.1 O respeito da dignidade e da lealdade

“O paciente tem direito à proteção da vida privada, à confidencialidade, à dignidade e ao respeito pelas suas convicções religiosas e filosóficas”. (Artigo 3(1) da lei de 24 de julho de 2014).

I.2 O acesso a cuidados de qualidade

“Sem prejuízo das prioridades inerentes ao grau de urgência da sua situação clínica, o paciente goza de direitos iguais de acesso no tocante aos cuidados que o seu estado de saúde requer. Os cuidados de saúde deverão ser prestados de forma eficaz e coadunar-se com os conhecimentos científicos e as normas previstas na lei em matéria qualidade e de segurança.” (Artigo 4(1) da lei de 24 de julho de 2014).

I.3 A livre escolha do prestador de cuidados de saúde

O paciente é livre de escolher o médico com o qual pretende tratar-se, salvo em caso de emergência.

Em caso de internamento hospitalar, e não se tratando de um atendimento urgente, o paciente tem o direito de escolher livremente o hospital e o médico da sua preferência, desde que esse médico esteja autorizado a exercer no hospital em causa.

O paciente poderá sempre recorrer a outro médico para obter um parecer complementar sobre o seu estado de saúde, podendo igualmente optar por uma consulta conjunta do médico de família e do médico especialista. No entanto, o seguro de saúde não comparticipa os custos da consulta de outro médico, caso o paciente consulte um médico da mesma especialidade dentro das 24 horas que se seguem à última consulta, salvo no caso de intervenção do serviço médico de urgência.

I.4 A assistência prestada ao paciente

Qualquer paciente pode fazer-se **assistir** nas suas diligências/decisões em relação ao seu estado de saúde por uma terceira pessoa. (Artigo 7(1) da lei de 24 de julho de 2014). Essa terceira pessoa, que hoje ainda se designa por “acompanhante”, é escolhida livremente pelo paciente, sendo a sua identidade incluída no respetivo processo clínico (poderá tratar-se de um profissional de saúde ou não).

Mediante pedido explícito do paciente, o segredo profissional será levantado para efeitos dessa assistência. (Artigo 7(2) da lei de 24 de julho de 2014). A “pessoa de confiança”, diferentemente do “acompanhante”, é quem assume o papel de verdadeiro “porta-voz” do doente numa fase ulterior; quando, devido ao agravamento da doença, o doente deixa de ser capaz de manifestar a sua vontade, enquanto o “acompanhante” tem por principal missão amparar o doente nas suas idas ao médico ou ao hospital.

I.5 A segurança do paciente e das visitas

Os pacientes e as visitas têm o dever de respeitar as disposições relativas à segurança contidas no regulamento interno de cada hospital, bem como as modalidades e os horários de visita.

I.6 O ensino e a participação em estudos no quadro da investigação médica

A participação de um paciente em atividades didáticas, como, por exemplo, a apresentação de um caso clínico a estudantes de medicina, pressupõe o consentimento do paciente ou do seu representante legal.

No caso de tratamentos efetuados para fins de investigação, a participação num estudo clínico requer o consentimento livre, esclarecido e escrito do paciente ou do seu representante legal, após o paciente ter sido elucidado de modo adequado e exaustivo quanto aos objetivos, métodos e benefícios esperados, sem esquecer possíveis riscos e incómodos. O paciente tem o direito de recusar participar no estudo ou de abandonar em qualquer instante.

I.7 O dever do pessoal médico e de enfermagem

Os profissionais de saúde têm o dever de assistir o paciente no exercício dos seus direitos.

1.8 A recusa de tratamento do paciente

Os profissionais de saúde têm o direito de recusar um pedido de prestação de cuidados por razões profissionais ou pessoais (interrupção voluntária da gravidez, tratamento sob coação em psiquiatria, etc.). (Artigo 6(1) da lei de 24 de julho de 2014).

A recusa não pode em caso algum basear-se em considerações com caráter discriminatório. (Artigo 6(2) da lei de 24 de julho de 2014).

Se recusarem tratar um paciente, os profissionais de saúde devem encaminhá-lo, ou seja, encaminhá-lo (a pedido deste) para outro profissional. (Artigo 6(1) da lei de 24 de julho de 2014).

Em contrapartida (e na medida do possível), qualquer profissional de saúde, quaisquer que sejam as suas convicções pessoais, é obrigado a prestar assistência a uma pessoa que careça de cuidados urgentes. (Artigo 6(3) da lei de 24 de julho de 2014).

1.9 O segundo parecer

No quadro de intervenções complexas, ou em casos particulares, pode ser útil solicitar um segundo parecer. Entende-se por “segundo parecer” um conselho suplementar que um paciente procura junto de um médico que não aquele que foi primeiramente consultado. A prática do segundo parecer não constitui, porém, um ato de desconfiança face ao médico originalmente consultado.

Note-se que a segunda consulta só é comparticipada pelo seguro de saúde se tiver lugar já passadas 24 horas a seguir à primeira consulta, salvo se se tratar de uma intervenção urgente do serviço médico.

O artigo 36º dos estatutos da Caisse Nationale de Santé¹ de 2011 prevê que: “Salvo no caso de existir uma autorização prévia ou justificação aceite pelo serviço de inspeção médica, não está prevista uma comparticipação dos custos de

- mais do que uma consulta do médico generalista ou do médico especialista da mesma disciplina médica que ocorra no espaço de 24 horas, a menos que se verifique a intervenção do serviço médico de urgência, nem

¹ Doravante designada por CNS

- mais do que duas consultas ou visitas do médico generalista ou do médico especialista da mesma disciplina médica no espaço de 7 dias, ou
- mais de do que 12 consultas ou visitas do médico generalista ou do médico especialista da mesma disciplina médica por semestre, a menos que se trate de consultas ou de visitas efetuadas, encontrando-se o paciente numa unidade de geriatria ou em internamento hospitalar”.

I.10 A psiquiatria

Sublinhe-se, em primeiro lugar, o carácter particular da doença mental. Com efeito, é uma condição que pode afetar gravemente a capacidade de discernimento do paciente, não reduzindo forçosamente o seu nível de consciência/vigilância e nem sempre implicando uma hospitalização.

Em geral, no domínio psiquiátrico, como em todos os setores do sistema de saúde, o consentimento do paciente é exigido para todas as medidas em matéria de diagnóstico e de tratamento.

Na medida do possível, as pessoas que sofrem de perturbações mentais devem ser assistidas no meio em que vivem. Não devem ser internadas num estabelecimento ou serviço psiquiátrico fechado a não ser no caso de apresentarem problemas graves do foro psíquico que os tornem perigosas para si próprios ou para outros.

Durante a sua hospitalização, o paciente tem direito a um tratamento apropriado ao seu estado, e o médico responsável deve velar, na medida do possível, salvo no caso de urgência, pela aplicação dos direitos do paciente quanto à informação e ao seu consentimento esclarecido.

O tratamento deve ser baseado num plano terapêutico personalizado e aplicado por pessoal médico e de enfermagem qualificado. Na medida do possível, o tratamento deve ser orientado para a reintegração do paciente na sociedade.

O tratamento deve ser aplicado no respeito da liberdade de opinião do paciente bem como as suas convicções religiosas ou filosóficas. Deve favorecer a saúde física do paciente, bem como os seus contatos familiares e sociais, sem esquecer o seu desabrochar cultural.

2 A relação paciente - profissional de saúde - hospital

Antes de ir ao médico ou ao hospital, é recomendado que se prepare o melhor possível para a consulta ou internamento hospitalar. Para o ajudar na sua preparação, encontra dicas muito úteis nas brochuras informativas que se encontram à sua disposição na Patiente Vertriebung asbl e no sítio Internet: www.patientevertriebung.lu



2.1 A informação

Qualquer paciente tem o **direito** a obter informação adequada sobre o seu estado de saúde. Há 3 exceções a este princípio: o pedido expresso do paciente de não ser informado, a urgência e a exceção terapêutica.

2.1.1 O princípio

Qualquer paciente tem o direito de ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre os diagnósticos, sobre os tratamentos propostos, sobre as opções terapêuticas, bem como sobre os benefícios e riscos previsíveis. Assim, o profissional de saúde deve, na medida do possível, esclarecer o paciente sobre o tratamento, os efeitos e as consequências de quaisquer exames propostos.

Cabe aos profissionais de saúde esclarecer o paciente. Os esclarecimentos devem ser formulados numa linguagem clara e compreensível para o paciente, num quadro adequado e tendo em conta possíveis reações do doente.

A prestação da informação relativa ao diagnóstico, ao tratamento e aos resultados de exames é da responsabilidade do médico, podendo os outros profissionais de saúde participar igualmente nessa ação de esclarecimento dentro dos limites das suas competências. A informação sobre os riscos eventuais indesejáveis poderá ser transmitida através da leitura da bibliografia de referência (documentação escrita). O Conselho Científico da área da saúde é a entidade que elabora recomendações de boas práticas, relativas à prestação de informação aos pacientes sobre o seu estado de saúde. (Artigo 8(4) da lei de 24 de julho de 2014)

A pedido do paciente, a informação incluirá uma estimativa dos custos globais dos cuidados de saúde propostos, bem como uma estimativa da participação prevista. (Artigo 8(4) da lei de 24 de julho de 2014)

Em caso de pluralidade de profissionais de saúde que se ocupam de um mesmo paciente, mantêm-se mutuamente ao corrente, salvo se o paciente a tal se opuser. (Artigo 8(2) da lei de 24 de julho de 2014)

2.1.2 As exceções

Mediante pedido expresso do paciente: o paciente tem o direito a não ser informado sobre o seu estado de saúde. Trata-se, mais concretamente, do seu direito a “ser mantido no desconhecimento”. Este direito é universal e deve constar no processo clínico individual.

Contudo, esse direito não é absoluto, porque, se, por força das circunstâncias, o direito a ser “mantido no desconhecimento” causar danos ao próprio paciente ou a terceiros, o médico terá a obrigação de informar o paciente mesmo que o paciente tenha manifestado a sua vontade de não ser informado sobre o seu estado de saúde (por exemplo, no caso de doença contagiosa). (Artigo 9 da lei de 24 de julho de 2014)

- **Em caso de urgência:** Por poder ser difícil para o médico informar o paciente de modo adequado sobre o seu estado de saúde.
- **A exceção terapêutica:** Excecionalmente, o médico pode decidir não comunicar certas informações se entender que as mesmas poderão (naquele momento preciso) causar um dano grave ao paciente (por exemplo, confrontar um paciente numa situação frágil com um prognóstico fatal).

Em situações delicadas como essa, o médico responsável deverá consultar um colega e, consoante o caso, a pessoa de confiança. Se o médico decidir não revelar certas informações, deverá documentar a sua decisão no processo clínico.

A partir do momento em que o médico entender que a comunicação dessas informações não ocasionará mais danos, poderá “levantar” a exceção terapêutica. A tomada de decisão de aplicar uma exceção terapêutica ou de a levantar deve sempre ser fundamentada e inscrita no processo clínico. (Artigo 10 da lei de 24 de julho de 2014)

A informação que o paciente obtém é, em princípio, dada verbalmente e pode ser completada por escrito. (Artigo 8(7) da lei de 24 de julho de 2014)

O paciente terá sempre a possibilidade de solicitar ao médico informações escritas / ou documentação científica para poder dar o seu consentimento esclarecido.

Todas as decisões sobre o estado de saúde do paciente serão tomadas em conjunto pelos profissionais de saúde e pelo paciente. (Artigo 8(3) da lei de 24 de julho de 2014)

Os cuidados e tratamentos propostos ao paciente só podem ser prestados quando o paciente tiver sido informado de maneira adequada sobre os mesmos e a estes tiver dado o seu consentimento. (Artigo 8(4) da lei de 24 de julho de 2014)

2.2 O consentimento livre e esclarecido

2.2.1 O princípio

Nenhuma medida de diagnóstico ou terapêutica, seja de ordem somática ou psiquiátrica pode ser praticada sem o consentimento esclarecido do paciente.



O consentimento designa-se por "esclarecido" na medida em que o profissional de saúde tenha facultado ao paciente todas as informações necessárias para que ele entenda a sua situação e as consequências da sua decisão. Quanto maior for o risco associado aos atos médicos, maior deverá ser o grau de pormenor da informação a prestar ao paciente, para que o seu consentimento seja verdadeiramente esclarecido. (Lei modificada de 10 agosto de 1992 relativa à proteção dos jovens).

O paciente tem o direito de recusar ou de aceitar qualquer intervenção com caráter de diagnóstico ou terapêutica.

Se o médico entender que o seu paciente faz mal em opor-se a uma determinada intervenção, poderá pedir-lhe que apresente a sua recusa por escrito.

Em caso de intervenção cirúrgica não urgente, o paciente pode ter interesse em consultar um segundo médico. (Segundo parecer)

2.2.2 As exceções

○ O paciente sem condições para dar o seu consentimento

O artigo 11 da lei de 24 de julho de 2014 prevê que, se o paciente não puder (de modo temporário ou permanente) exprimir a sua vontade, nem dar o seu consentimento, cabe ao prestador de cuidados procurar estabelecer “a sua presumida vontade”. Antes de tomar uma decisão de semelhante responsabilidade, o médico terá em conta o parecer da pessoa de confiança ou de qualquer pessoa que possa conhecer a vontade do paciente.

○ Em caso de urgência

Em caso de urgência nos casos em que se afigura impossível obter o consentimento livre e esclarecido do paciente.

○ O caso dos menores

Inscvem-se na categoria de menores todos os pacientes com menos de 18 anos de idade. (Artigo 388 do Código civil)

A regra neste caso requer que o consentimento seja recolhido junto do representante legal: por exemplo, junto do pai e da mãe, se os filhos forem menores de idade. O representante legal deve então tomar a decisão mais conforme com o interesse do paciente. Os menores serão ouvidos no âmbito do procedimento da tomada de decisão em função da sua idade e maturidade.

○ O caso do maior sob regime de proteção

○ O paciente sob curatela:

A curatela “aplica-se a pessoas, cuja perda das faculdades mentais é tal que precisam da ajuda de um(a) curador(a) nos atos da vida civil”¹.

¹ www.justice.public.lu/fr/família/tutelle-curatelle/tutelle-curatelle/index.html (consultado em agosto de 2014)

Em virtude do artigo 14(1) da lei de 24 de julho de 2014, a não ser que tenha sido tomada uma decisão judicial autorizando um paciente sob curatela a decidir de modo autónomo sobre medidas relativas ao seu estado de saúde, o paciente precisará sempre da ajuda do seu curador.

○ O paciente sob tutela:

A tutela “aplica-se às pessoas que já não podem exprimir-se e que, por essa razão, precisam de ser representadas por um tutor”².

À falta de uma pessoa de confiança ou de uma pessoa nomeada para esse fim pelo juiz das tutelas, será o próprio tutor a exercer os interesses do paciente colocado sob tutela. (Artigo 14(1) da lei de 24 de julho de 2014)

O juiz das tutelas poderá proceder à nomeação de um representante específico que tem por missão gerir os direitos do paciente em questão. (Artigo 14(1) da lei de 24 de julho de 2014)

Independentemente de tudo, o paciente sujeito a um regime de proteção é integrado / associado o melhor possível segundo o seu grau de capacidade e de compreensão.

No caso de perigo grave e iminente para a vida ou a saúde do menor ou maior incapacitado, um profissional de saúde pode, no caso de recusa de acordo por parte do representante legal ou das pessoas a quem foi confiado o poder de curatela/tutela, tomar todas as medidas de cariz médico que a situação exigir à luz das regras mais recentes. Nesse caso, o prestador de cuidados de saúde deve endereçar no espaço de 3 dias úteis ao procurador do Estado um relatório fundamentado sobre qualquer medida de ordem médica que tenha sido tomada. (Artigo 13(3) e artigo 14(3) da lei de 24 de julho de 2014)

2.2.3 A forma do consentimento

Em princípio, o consentimento do paciente é dado de modo expresso. (Artigo 8(8) da lei de 24 de julho de 2014)

O consentimento pode também ser dado de modo tácito, a partir do momento em que o profissional de saúde possa, com legitimidade, deduzir do comportamento do doente que o mesmo dá o seu consentimento à realização de atos médicos.

² www.justice.public.lu/fr/família/tutelle-curatelle/tutelle-curatelle/index.html (consultado em agosto de 2014)

2.2.4 A revogação do consentimento

O paciente pode retirar o seu consentimento a qualquer momento. (Artigo 8(5) da lei de 24 de julho de 2014) O médico terá então, por conseguinte, a obrigação de chamar a atenção do paciente para as eventuais consequências da sua escolha. Se, quando de uma prestação de cuidados de saúde, a situação implicar uma adaptação dos cuidados inicialmente previstos, a prestação iniciada pode ser terminada com as novas adaptações, sem que o paciente tenha dado o seu consentimento. (Artigo 8(6) da lei de 24 de julho de 2014)

2.2.5 A prova e a contestação

O ónus da prova incumbe ao prestador de cuidados de saúde. A prova pode ser fornecida por qualquer meio e a condução correta do processo clínico serve de presunção simples dos elementos nele inscritos. (Artigo 8(9) da lei de 24 de julho de 2014)

2.3 O processo clínico

2.3.1 A definição

O processo clínico é composto por todos os documentos que contenham dados e informações sobre o estado de saúde do paciente, a sua evolução ao longo do tratamento e do internamento hospitalar. (Artigo 2(f) de lei de 24 de julho de 2014)

2.3.2 O conteúdo do processo clínico

O processo clínico compreende obrigatoriamente os dados médicos sob forma de anamnese, de relatórios médicos e de enfermagem, de resultados de análises, de atas de protocolos de investigação para fins de diagnóstico, de receitas, de radiografias e de quaisquer outros documentos ou efeitos que se repercutam no estado de saúde ou no tratamento do doente.

Qualquer paciente tem direito a um processo clínico devidamente atualizado pelos prestadores de cuidados de saúde no quadro de um tratamento. O conteúdo mínimo do processo clínico de cada paciente é definido num regulamento grão-ducal. (Artigo 15(1) da lei de 24 de julho de 2014)

O depositário de um processo clínico é suposto conservá-lo, no mínimo, durante 10 anos a contar da comparticipação nos custos. (Artigo 15(4) da lei de 24 de julho de 2014)

Ninguém, seja paciente ou prestador de cuidados, pode retirar do processo documentos / elementos pertinentes enquanto não tiver expirado o prazo de conservação. (Artigo 15(5) da lei acima mencionada). Em caso de inscrição inexacta ou incompleta, a mesma só pode ser retificada sob a responsabilidade do profissional de saúde (na origem da prestação). (Artigo 15(5) da lei acima mencionada)

2.3.3 O direito de acesso ao processo clínico

O acesso ao processo clínico processa-se geralmente no quadro da relação de confiança que une o paciente e o profissional de saúde.

O paciente tem o direito de pedir uma cópia do seu processo clínico junto de cada médico consultado (no consultório). O paciente tem o direito a obter uma cópia do seu próprio processo clínico às suas custas e contra a sua assinatura. (Artigo 16(3) da lei de 24 de julho de 2014 / Código de deontologia dos profissionais de saúde)

À saída de um **internamento hospitalar**, os médicos responsáveis do hospital enviam um relatório clínico da alta ao paciente e ao seu médico assistente. O paciente tem um direito individual de acesso ao seu processo clínico, direito esse que exerce em pessoa ou por intermédio de um médico que designa, ligado ou não ao estabelecimento hospitalar em causa. Pode consultá-lo in loco e tem o direito a obter uma cópia do processo clínico ou de uma parte do mesmo sem encargos e contra a sua assinatura. (Lei de 28 agosto de 1998 sobre os estabelecimentos hospitalares, capítulo IX, artigo 36)

Além disso, o paciente tem o direito a que lhe expliquem o conteúdo do seu processo clínico. (Artigo 16(1) da lei de 24 de julho de 2014)

Se a consulta do processo clínico ou o acesso a dados relativos à saúde ocorrer sem a presença do paciente, nomeadamente, através de um terceiro, isto é, uma pessoa física que não seja um profissional de saúde no exercício da sua profissão, essa pessoa deve apresentar um mandato escrito, datado e assinado pelo paciente. Assim que o paciente, apesar de ser capaz de manifestar a sua vontade, deixa de conseguir escrever e assinar pela sua mão, pode pedir a duas testemunhas que atestem que o documento que não conseguiu redigir é a expressão da sua vontade livre e esclarecida. As testemunhas indicam o seu nome e qualidade e o respetivo atestado é apenso ao mandato. (Artigo 16(2) da lei de 24 de julho de 2014)

Na impossibilidade de assinar a procuração, o paciente pode recorrer a 2 testemunhas, que atestam que o documento corresponde à vontade livre do paciente. (Artigo 16(2) da lei de 24 de julho de 2014)

O profissional de saúde, responsável pelas informações contidas no processo clínico, pode exigir ser avisado sobre uma consulta do processo se lhe parecer que o facto de recolher certas informações pode acarretar certos riscos em detrimento do paciente. (Artigo 16(5) da lei de 24 de julho de 2014)

A tomada de conhecimento desses elementos num momento ulterior só é possível na presença de um profissional de saúde, a fim de garantir uma informação adequada. Se a consulta dessas informações for feita por um intermediário, ou terceira pessoa, deverá tratar-se obrigatoriamente de um profissional de saúde. (Artigo 16(5) da lei de 24 de julho de 2014)

2.3.4 O processo partilhado dos cuidados prestados (DSP)

Este processo, designado no Luxemburgo por “DSP” (Dossier de Soins Partagé), apresenta-se sob a forma de um processo clínico em formato eletrónico. O paciente, os prestadores de cuidados de saúde do paciente e todas as outras pessoas a quem o paciente dá acesso ao seu processo clínico podem consultar o DSP através de um portal internet seguro. Trata-se do



processo que reagrupa todas as informações relativas ao estado de saúde do paciente. A criação e manutenção de um processo clínico de cuidados partilhado tem a vantagem de, em caso de urgência, possibilitar ao médico do serviço de urgência aceder a todas as informações (últimas análises, imagens radiológicas, etc.) elucidativas do estado de saúde do paciente. Graças à sua existência, evita-se que o paciente tenha de repetir todos os exames. Cada médico guarda, de qualquer modo, um processo clínico de cada doente como era o caso anteriormente. Além disso, o paciente tem o direito de suprimir o seu DSP a qualquer instante. Será sempre criado um DSP para cada paciente, salvo se ele não o desejar.

Para mais informações:

www.sante.public.lu

www.esante.lu

Lei de 17 de dezembro de 2010 sobre a reforma do sistema de saúde. (Artigos 60b, 60c)

2.3.5 Em caso de morte do paciente

Salvo se o paciente (na posse da necessária capacidade) se exprima de outro modo por escrito em vida,

- A pessoa de confiança (no caso de designação)
- O cônjuge não separado fisicamente
- Os descendentes maiores de idade
- Outras pessoas com direitos de paciente
- O seu parceiro legal
- Qualquer pessoa que, no momento da morte, vivia com o paciente em comunhão de vida
- Caso se trate de um paciente menor → os pais ou outras pessoas em quem tenha sido delegada a autoridade parental do menor tem acesso ao processo clínico e aos dados relativos ao estado de saúde do paciente (após a morte do paciente), tendo o direito obter uma cópia desses relatórios, de modo a
 - conhecer as causas exatas da morte

- defender a sua memória
- fazer valer os seus legítimos direitos
(Artigo 19 da lei de 24 de julho de 2014)

2.3.6 As anotações pessoais

○ paciente não está autorizado a consultar as notas ditas “puramente pessoais” do profissional de saúde, nomeadamente, as notas (não ligadas ao estado de saúde do paciente) que se prendem com reflexões pessoais do seu autor e que tanto lhe dizem respeito a ele como ao doente. (Artigo 17 da lei de 24 de julho de 2014)

2.4 O segredo profissional

Os profissionais de saúde bem como os seus colaboradores e os estudantes destas disciplinas são obrigados a respeitar o segredo profissional em virtude do artigo 458 do código penal. O segredo profissional implica que os profissionais de saúde guardem para si tudo passam a saber sobre o paciente no quadro do seu trabalho, sendo-lhes vedado transmitir essas informações a quem quer que seja, salvo nos casos permitidos por lei.

Este mesmo artigo aplica-se igualmente à pessoa de confiança e ao acompanhante, que deverão respeitar exatamente o mesmo segredo “profissional” que os profissionais de saúde. (Artigo 18 da lei de 24 de julho de 2014) Em caso de inobservância deste preceito, serão sujeitos às mesmas sanções que os profissionais de saúde, nomeadamente, a uma pena de privação da liberdade de 8 dias a 6 meses e a uma coima de 500€ à 5000€.³

○ paciente tem sempre o direito a ser informado e a consultar o seu processo clínico. Por conseguinte, o profissional de saúde não pode nunca recusar-lhe uma informação sob o pretexto de ter de guardar segredo profissional. Por outras palavras, o segredo profissional que é imposto ao profissional de saúde tem por objetivo proteger o paciente, e não restringir a sua liberdade de conhecer a sua situação, nem a sua autodeterminação.

³ O artigo 458 dispõe que: “Os médicos, cirurgiões, funcionários dos serviços de saúde, profissionais farmacêuticos, parteiras e outras pessoas que, pela sua condição ou profissão, forem depositárias de segredos que lhes foram confiados e os revelarem, a não ser nos casos em que são chamados a depor em tribunal ou em que por força da lei são obrigados a divulgar esses segredos, serão punidos com uma pena de prisão de 8 dias a 6 meses e com uma coima de 500 a 5.000 euros.”

O paciente está habilitado a levantar o segredo profissional do profissional de saúde. Para tal, basta que autorize oralmente o seu médico a entrar em contato com a pessoa ou organização designada. Pode acontecer, no entanto, em particular em situações delicadas, ou mesmo conflituosas, que o profissional de saúde exige do seu paciente uma confirmação escrita do levantamento do segredo profissional.

A não ser que o paciente se oponha, vários profissionais de saúde podem trocar informações sobre esse mesmo paciente com vista a garantir a continuidade dos cuidados. (Artigo 18(2) da lei de 24 de julho de 2014)

Em caso de tratamento de um paciente por uma equipa de cuidados num estabelecimento hospitalar ou por uma entidade no seio da qual os cuidados são prestados por força da lei, todas as informações relativas a esse paciente devem poder ser transmitidas a toda a equipa médica. (Artigo 18(2) da lei de 24 de julho de 2014)

O paciente pode sempre recusar que sejam comunicadas certas informações a um ou mais profissionais de saúde, mas o profissional que esteve na origem de uma determinada prestação de cuidados de saúde terá sempre acesso a informações do processo clínico no tocante a essa sua prestação. (Artigo 18(2) da lei de 24 de julho de 2014)



2.5 A pessoa de confiança

Em aplicação do artigo 12(1) da lei de 24 de julho de 2014, “qualquer paciente maior de idade com capacidade de consentir pode, para o caso de não estar em condições para exprimir a sua vontade e receber a informação indispensável à tomada de decisões relativas à sua saúde, designar para o efeito uma pessoa da sua confiança (...)”.

O paciente pode nomear como pessoa de confiança, qualquer pessoa física da sua eleição que seja profissional de saúde ou não. A nomeação de uma tal pessoa deve ser redigida por escrito, ser datada e assinada pelo próprio paciente. No caso de não poder assinar ele mesmo o documento de nomeação da pessoa de confiança, o paciente tem a possibilidade de pedir à 2 testemunhas que atestem o documento em que nomeia a pessoa de confiança como sendo a expressão da sua vontade. “A pessoa de confiança tem acesso ao processo clínico e o segredo profissional é levantado a seu favor”. (Artigo 12(4) da lei de 24 de julho de 2014)

Em situação de final de vida:

O artigo 5(3) da lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento no final da vida dispõe que “a diretiva antecipada pode conter a designação de uma pessoa de confiança que deve ser ouvida pelo médico se a pessoa em final da vida já não estiver em condições para exprimir a sua vontade”.

Se o paciente se encontrar numa situação de final de vida, o profissional de saúde tentará sempre atender à última vontade do paciente recorrendo à pessoa de confiança nomeada anteriormente pelo paciente.

Qualquer pessoa maior de idade pode previamente estipular por escrito (para o caso de vir a não poder fazê-lo mais tarde) as condições nas quais deseja submeter-se a um ato **de eutanásia**.

Neste quadro, a lei de 16 março 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio e muito em particular o seu artigo 4.I dispõe que “(...) nas disposições de final de vida, o declarante pode designar uma pessoa de confiança maior de idade, que informará o médico responsável sobre a vontade do declarante nos termos das suas últimas declarações a seu respeito (...)”.

2.6 O médico assistente (de referência)

Desde janeiro 2012, qualquer paciente pode escolher o seu médico assistente. Trata-se do médico “de confiança” ou médico “privilegiado”, que terá o papel de orientar o seu paciente. Terá como missão redigir o “historial do paciente”, que contém todas as informações / receitas / exames pertencentes a cada paciente. A pedido do paciente, o médico assistente transmite-o a um outro médico. O médico assistente tem o dever, em matéria de medicina preventiva, contribuir para a preservação da saúde do seu paciente, propondo consultas ditas “preventivas”, a fim de informar o seu paciente sobre possíveis vacinações/despistagens. O médico assistente desempenha um papel central e coordena todos os cuidados ministrados ao paciente.

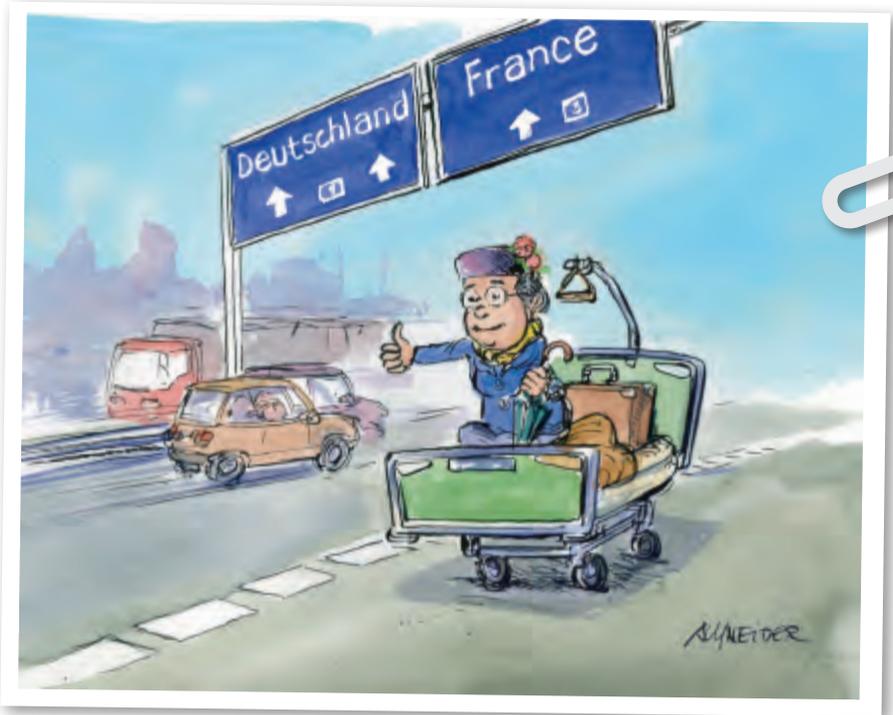
Para mais informações:

www.cns.lu

www.sante.public.lu

3 Os cuidados transfronteiriços

Esta parte da brochura sobre os cuidados transfronteiriços constitui um extrato do novo artigo 20 do Código da Segurança Social resultante da lei de 1 de julho de 2014.



As prestações de cuidados de saúde:

O artigo 17 do Código da Segurança Social instituiu uma lista das diferentes prestações de cuidados de saúde:

“São participadas, de modo suficiente e apropriado, as prestações seguintes:

- 1) cuidados de medicina;
- 2) cuidados de medicina dentária;

- 3) tratamentos efetuados pelos profissionais de saúde;
- 4) análises de biologia médica;
- 5) ortóteses, próteses, epíteses e implantes dentários;
- 6) medicamentos, sangue humano e compostos sanguíneos;
- 7) dispositivos médicos;
- 8) tratamentos efetuados em meio hospitalar;
- 9) encargos de alojamento hospitalar em caso de parto e em caso de hospitalização, salvo no caso de simples pernoita;
- 10) curas terapêuticas e de convalescença;
- 11) cuidados de reeducação e readaptação funcionais;
- 12) encargos de transporte dos doentes;
- 13) cuidados paliativos segundo as modalidades de atribuição especificadas por regulamento grão-ducal».

ATENÇÃO:

Contrariamente ao Luxemburgo, o doente pode no estrangeiro ter de recorrer a prestações complementares que só serão cobertas por um seguro de saúde celebrando um contrato/convenção especial (por exemplo, na Alemanha existe, através da figura das Wahlleistungen, a possibilidade de escolher as prestações a incluir na cobertura do seguro).

Essas prestações complementares podem ocasionar faturas de montante avultado não reembolsáveis por um seguro de saúde, sendo suportadas na íntegra pelo paciente.

Ainda não está inteiramente resolvida a questão de saber se o seguro de saúde deve reembolsar o valor da diferença (no caso em que entre as prestações faturadas em virtude dessa convenção figurarem também atos reembolsáveis pela CNS), se o tratamento tivesse tido lugar no Luxemburgo.¹

¹ Para mais informações: Brochura da Chambre des salariés Luxembourg e da Union Luxembourgeoise des Consommateurs (ULC) sobre a "Consulta de um médico e hospitalização no estrangeiro: Quem reembolsa a caixa de previdência e como?", de agosto de 2010

A. As prestações de cuidados de saúde previstas no artigo 17 al I do Código da Segurança Social, dispensados ou prescritos num Estado-membro da União Europeia, na Suíça, no Liechtenstein, na Noruega ou na Islândia:

Em virtude do novo artigo 20 do Código da Segurança Social, “Se essas prestações de cuidados de saúde transfronteiriços implicarem:

- a **estadia do segurado** num hospital, estabelecimento hospitalar especializado ou num estabelecimento de acolhimento para pessoas no final da vida durante, no mínimo, 1 noite

OU

- o recurso a infraestruturas altamente especializadas e dispendiosas (centros de competência nacionais, serviços nacionais, estabelecimentos especializados de reeducação, de convalescença e de cures termais ou a equipamentos médicos e aparelhos altamente especializados e dispendiosas)

a participação nos custos é condicionada à obtenção de uma autorização prévia da CNS (formulário S2 a entregar pelo profissional de saúde respetivo), mediante parecer fundamentado do serviço de inspeção da segurança social. A CNS decidirá em primeira instância sobre a elegibilidade do pedido e só depois o Controlo médico da segurança social dará o seu parecer.

Qualquer recusa de um pedido de autorização prévia para cuidados de saúde transfronteiriços deve sempre ser fundamentada.

- A CNS não pode recusar o seu acordo a uma autorização prévia nos seguintes casos:
 - se as prestações de cuidados de saúde transfronteiriços fizerem parte do artigo 17 al. I do Código da Segurança Social, mas não puderem ser dispensadas no território luxemburguês num prazo aceitável na ótica médica, no seguimento de uma avaliação pelo Controlo médico da segurança social (...)

OU

- se as prestações de cuidados de saúde transfronteiriços, indispensáveis na perspetiva do parecer do serviço de inspeção da segurança social, não são previstas pela legislação luxemburguesa. (...)

○ As prestações de cuidados de saúde transfronteiriços do setor hospitalar:

Para as prestações de cuidados de saúde transfronteiriços do setor hospitalar na aceção do artigo 60 al 2² os custos só serão comparticipados até se atingir o custo médio de hospitalização no Luxemburgo fixado pela CNS, sem exceder os encargos efetivamente suportados e documentados pelo segurado.

○ As prestações de cuidados de saúde que não são previstas pela legislação luxemburguesa:

São visados os cuidados de saúde transfronteiriços considerados indispensáveis no seguimento de um parecer do serviço de inspeção da segurança social. A comparticipação nos custos do paciente será fixada pelo Controlo médico da segurança social equiparando esta prestação a uma prestação de importância equivalente.

B. As prestações de cuidados de saúde previstas no artigo 17 al I do Código da Segurança Social, dispensadas ou prescritas num país que não seja Estado-membro do União Europeia, que a Suíça, o Liechtenstein, a Noruega, a Islândia, e não ligado ao Luxemburgo por um instrumento bilateral em matéria de seguro de doença:

Este cenário está previsto no novo artigo 20 a) integrado no Código da Segurança Social por força da lei de 1 de julho de 2014.

² O artigo 60 al 2 do Código da Segurança Social dispõe: “Consideram-se prestações do setor hospitalar todas as prestações em espécie dispensadas a segurados assistidos num hospital, num estabelecimento hospitalar especializado ou num estabelecimento de acolhimento para pessoas no final da vida na aceção da lei modificada de 28 de agosto de 1998 sobre os estabelecimentos hospitalares”.

A comparticipação nos custos depende

- de um parecer fundamentado do serviço de inspeção da segurança social, limitando-se às prestações de urgência no caso de episódio de doença ou acidente ocorrido no estrangeiro

OU

- da obtenção de uma autorização prévia da CNS, mediante parecer fundamentado do serviço de inspeção da segurança social. A CNS delibera primeiramente sobre a elegibilidade do pedido e só depois é solicitado ao serviço de inspeção da segurança social que emita um parecer.

A comparticipação nos custos é feita com base nas tarifas aplicáveis no Grão-Ducado sem ultrapassar as despesas efetivamente incorridas pelo segurado.

○ As prestações de cuidados de saúde transfronteiriços do setor hospitalar: No caso da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços em meio hospitalar na aceção do artigo 60 2³, o seguro de saúde só assumirá as despesas até ao custo médio de hospitalização no Luxemburgo fixado pela CNS, sem exceder as despesas efetivamente apresentadas pelo segurado”.

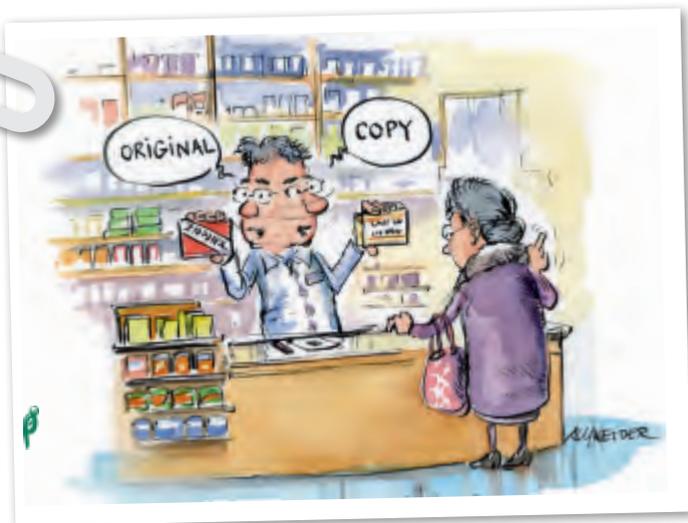
○ Inexistência de tarifas luxemburguesas:

Se não existirem taxas nem tarifas luxemburguesas para semelhantes cuidados, a comparticipação nos custos é fixada pelo serviço de inspeção da segurança social equiparando os cuidados prestados a outras prestações de igual valor. (Artigo 1º da lei de 1 de julho de 2014 que transpõe a diretiva 2011/24/UE do Parlamento europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, relativa à aplicação dos direitos dos pacientes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços)

³ O artigo 60 al 2 do Código da Segurança Social dispõe que: “Consideram-se prestações do setor hospitalar todas as prestações em espécie dispensadas a segurados assistidos num hospital, num estabelecimento hospitalar especializado ou num estabelecimento de acolhimento para pessoas no final da vida na aceção da lei modificada de 28 de agosto de 1998 sobre os estabelecimentos hospitalares”.

4 Alguns problemas particulares

4.1 O medicamento genérico



O medicamento genérico é a «cópia» de um medicamento original. A substância ativa (ou princípio ativo) do medicamento é idêntica à do produto de marca; as únicas diferenças possíveis prendem-se com a apresentação e os excipientes.

O medicamento que contém o princípio ativo designa-se “medicamento de referência ou medicamento original”. A exclusividade de fabrico deste medicamento perdura durante vários anos, após os quais todos os laboratórios farmacêuticos têm o direito de fazer uma reprodução desse medicamento que se designará “medicamento genérico”.

Antes de qualquer introdução no mercado de um medicamento, é necessária uma autorização de introdução no mercado da Ministra da Saúde ou da Agência Europeia do Medicamento, de maneira a submeter qualquer medicamento genérico às mesmas exigências em matéria de segurança, qualidade e eficácia que o medicamento de referência.¹

¹ Ministério da Segurança Social, Ministério da Saúde, Union des caisses de maladie, “Campanha de informação a favor dos medicamentos genéricos”, comunicado de imprensa de 13.02.2006

○ técnico farmacêutico deve informar o paciente quando lhe entrega o medicamento que se trata de um medicamento sujeito a uma base de reembolso e deve propor-lhe substituí-lo por um medicamento da mesma espécie, mas menos caro.

○ paciente jamais perde a liberdade de escolher entre o “medicamento original” e o “medicamento genérico”. Ora, o reembolso pela CNS é sempre feito com base numa tarifa “de referência” (por sua vez, baseada na tarifa mais baixa), o que implica que a diferença de preço permanece a cargo do segurado. Por outras palavras, se o segurado desejar tomar o “medicamento original”, deverá suportar a diferença de preço, ou seja, haverá um incremento da participação financeira do segurado.²

4.2 Os cuidados paliativos

4.2.1 A definição

Em 16 de março de 2009, foi votada e publicada a lei relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento no final da vida.

Qualquer paciente deverá ter acesso aos cuidados paliativos que requer o seu estado de saúde, conforme os dados obtidos no momento do diagnóstico e/ou do tratamento à luz da ciência e da deontologia. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde de 2002, “os cuidados paliativos tentam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e da sua família, face às consequências de uma doença potencialmente mortal, servindo para prevenir e aliviar o sofrimento, que importa identificar precocemente e avaliar com precisão, bem como para tratar a dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais associados”.

4.2.2 Os objetivos visados pelos cuidados paliativos

Os cuidados paliativos:

- proporcionam o alívio da dor e de outros sintomas incomodativos, encaram a morte como um processo normal,
- morte como um processo normal,
- não pretendem acelerar nem apartar a morte,
- integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados prestados aos doentes,

² www.sante.public.lu/fr/dossiers/2010/reforme-sante/060-substitution-medicaments/index.html (consultado em agosto de 2014)

- propõem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver também de modo o mais ativo possível até à morte,
- apoiam a família durante a doença do paciente e no luto pelo mesmo,
- utilizam uma abordagem de equipa para responder às necessidades dos pacientes e das suas famílias, incluindo, consoante o caso, uma assistência no luto,
- podem melhorar a qualidade de vida até mesmo influenciar de maneira positiva a evolução da doença,
- são aplicáveis numa fase precoce do decurso da doença, em associação com outros tratamentos capazes de prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluem as investigações inerentes aos esforços para gerir da melhor forma eventuais complicações que deles possam decorrer.

No caso de uma doença incurável e em fase terminal, o profissional de saúde deve acalmar o sofrimento físico e moral do doente, ministrando-lhe os tratamentos adequados, evitando qualquer prolongamento da vida em vão, mas sem para tal sacrificar a qualidade de vida. O doente pode igualmente recusar que lhe sejam prestados cuidados paliativos.

O profissional de saúde deve assistir o doente moribundo até ao fim e agir de modo a permitir ao paciente preservar a sua dignidade. De igual modo, deverá oferecer às pessoas chegadas do doente a assistência adequada para mitigar o sofrimento causado por essa situação.

Ao aproximar-se a morte, o doente tem o direito a ser acompanhado em permanência por, no mínimo, uma pessoa por si escolhida e em condições de respeito pela sua dignidade (baixa de acompanhamento). Essa baixa pode ser pedida por qualquer trabalhador que seja progenitor, descendente ou cônjuge/parceiro de um doente terminal.

(Capítulo III – A baixa para acompanhamento de pessoas no final da vida prevista na lei de 16 de março de 2009)

4.2.3 A diretiva antecipada

Importa distinguir a diretiva antecipada da disposição de final de vida, descrita na lei sobre a eutanásia e assistência ao suicídio, igualmente votada e publicada a 16 de março de 2009.

Uma diretiva antecipada é um documento escrito, datado e assinado pelo paciente, no qual se enuncia a sua vontade no tocante ao seu fim de vida. Em aplicação do artigo 5(2) da lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento no final da vida, se o paciente não estiver em condições para assinar ou escrever ele mesmo as diretivas antecipadas, ele pode recorrer a 2 testemunhas que atestem a veracidade do documento, bem como o facto de essas diretivas antecipadas refletirem a vontade do paciente.

O documento em causa ajuda a guiar os médicos, os cuidadores e as pessoas chegadas no tocante às decisões que dizem respeito ao seu fim de vida, se o doente já não estiver em condições para exprimir a sua vontade.

Através desta diretiva, o paciente especifica as condições do seu **fim de vida “natural”**, ou seja, sem que haja qualquer interferência no momento da sua morte. Na sociedade contemporânea, é importante que os pacientes esclareçam as circunstâncias e o modo como desejam que decorra o seu fim de vida no caso de uma doença crítica ou incurável ou de um acidente grave.

A diretiva antecipada deve ser tida em conta pelo médico responsável, servindo-lhe de orientação para tomar decisões face à situação.

4.3 O prolongamento da vida

O médico deverá fazer tudo o que estiver ao seu alcance para manter o doente em vida, mas é-lhe estritamente proibido praticar cuidados de saúde / exames ou tratamentos inapropriados ou desajustados.

O artigo 2 da lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento no final da vida dispõe que: “Não é punido penalmente e não pode dar azo a uma ação cível com reparação de danos e pagamento de juros, o facto de um médico se recusar a prestar ou simplesmente não realizar, numa fase avançada ou terminal de uma doença grave e incurável, qualquer que seja a causa, exames e tratamentos inadequados tendo em conta o estado da pessoa no final da vida e que, segundo os conhecimentos médicos do momento, não teriam proporcionado à pessoa no final da vida qualquer alívio, melhoria do seu estado ou esperança de cura (...)”.

4.4 A eutanásia e a assistência ao suicídio

4.4.1 a definição

A lei sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio foi igualmente votada e publicada a 16 de março de 2009.

O texto desta lei define “eutanásia” como sendo o “ato praticado por um médico que põe intencionalmente termo à vida de uma pessoa a pedido dela” e “assistência ao suicídio” o “facto de um médico ajudar intencionalmente uma outra pessoa a suicidar-se ou arranjar-lhe os meios para o fazer, sempre a pedido dessa mesma pessoa”. (Artigo 1 da lei de 16 março 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio)

Desde a adoção desta lei, o médico que pratique a eutanásia ou que ofereça assistência ao suicídio não comete nenhuma infração se respeitar as condições de fundo e processuais previstas na lei, a saber:

- “O doente que pede a eutanásia deve ser maior de idade, capaz e estar consciente no momento do seu pedido;
- O pedido deve ser formulado de modo voluntário, refletido e, conforme o caso, reiterado, não constituindo o resultado de qualquer pressão exterior;
- O doente deve encontrar-se numa situação médica sem saída e num estado de sofrimento físico ou psíquico permanente e intolerável, sem quaisquer perspetivas de melhoras;
- O pedido do doente deve ser formulado por escrito”. (Artigo 2.1 da lei de 16 de março de 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio)

Incumbe ao médico esclarecer o doente sobre o seu estado e possibilidades médicas segundo o estado atual da medicina. O médico deve consultar um colega imparcial quanto ao carácter grave e incurável da doença e deve assegurar-se que o sofrimento físico ou psíquico persiste. Nenhum médico pode ser obrigado a praticar uma eutanásia e o doente pode revogar o seu pedido em qualquer momento.

4.4.2 As disposições de final de vida

Uma parte importante desta lei trata das disposições de final de vida.

“Qualquer pessoa maior e capaz pode, para o caso de já não ser capaz de manifestar a sua vontade, consagrar por escrito em disposições de final de vida as circunstâncias e condições nas quais deseja submeter-se a uma eutanásia se o médico reconhecer e atestar que:

- a pessoa foi vítima de acidente grave ou sofre de doença incurável
 - a pessoa perdeu o conhecimento,
 - e que a sua situação é irreversível segundo o estado atual da ciência”.
- (Artigo 4.1 da lei de 16 de março de 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio)

Este pedido deverá ser formulado à priori, de modo refletido, voluntário e reiterado, não devendo resultar de uma pressão exterior. Será formulado por escrito, datado e assinado pelo declarante e registado oficialmente junto da Comissão Nacional de Controlo e de Avaliação. A pedido pode ser revogado a qualquer momento. A Comissão Nacional de Controlo e Avaliação solicita de 5 em 5 anos que se reitere a vontade da pessoa. (Artigo 4.1. 2º da lei de 16 março 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio).

Se o doente não se encontrar em estado de assinar/redigir as suas disposições de final de vida, poderá recorrer a uma pessoa maior de idade e livremente por si escolhida (na presença de 2 testemunhas) que, em seu nome, assinará ou redigirá as disposições de final de vida. O documento deve ser assinado pelas testemunhas, pela pessoa que o assinou/redigiu e pela pessoa de confiança se tiver sido nomeada. (Artigo 4.2 de lei de 16 março 2009 sobre eutanásia e assistência ao suicídio)

4.5 A colheita de órgãos

4.5.1 A colheita numa pessoa viva

A colheita de órgãos só pode realizar-se se a pessoa viva (gozando de integridade mental) tiver dado o seu consentimento em total liberdade e, evidentemente, por escrito. Acresce que tais colheitas apenas se podem realizar para fins terapêuticos. Antes de semelhante intervenção, o dador de órgãos deve ser informado sobre possíveis riscos e efeitos secundários. A colheita de órgãos em menores de idade está bem enquadrada no plano jurídico e é sujeita a várias condições com carácter cumulativo. (Ver artigo 3 da lei de 25 novembro 1982 que regulamenta a colheita de substâncias de origem humana).

4.5.2 A colheita numa pessoa falecida

A colheita de órgãos e tecidos pode ser feita após o falecimento de qualquer pessoa maior de idade que tenha tido o seu último domicílio legal no Luxemburgo e que, em vida, não se tenha oposto formalmente a essa colheita. Se o defunto for uma pessoa incapaz maior ou menor de idade, é necessária a autorização do seu representante legal. (Lei de 25 de novembro de 1982 sobre a colheita de substâncias de origem humana).

O médico pode, contudo, consultar sempre as pessoas mais chegadas do defunto.

Um cartão de dador de órgãos ou de recusa da doação de órgãos pode ser solicitado junto do Ministério da Saúde ou da organização Luxembourg-Transplant.

4.6 A autópsia

A legislação luxemburguesa não regulamenta a possibilidade de as pessoas pedirem uma autópsia. Na prática, contudo, a família pode sempre pedir uma autópsia da pessoa defunta num interesse científico.

No quadro de uma morte suspeita, tanto a família como o médico podem pedir uma autópsia, mas o Ministério Público deve ser informado desse facto previamente.

5 A atuação profissional incorreta, a falha profissional e os recursos

5.1 O apuramento do dano

Assim que um paciente sofre danos na sequência de um tratamento, é possível iniciar diligências

de ordem legal:

- a nível civil, a fim de obter reparação pelo dano sofrido (dano e juros)
- a nível penal, a fim de punir o responsável através de uma pena (coima e/ou privação da liberdade)

de ordem disciplinar:

- com o propósito de advertir o responsável e evitar a produção de novos danos através de uma advertência, uma suspensão ou uma revogação da licença para exercer a profissão.

5.1.1 O erro médico

A jurisprudência tem em conta as imperfeições da ciência médica e da fiabilidade humana. O profissional de saúde não pode ser chamado à razão por meras transcorrências, que são, em certa medida, inerentes ao exercício de uma profissão na qual as opiniões podem ser tão diversas como distanciadas entre si. Com efeito, a partir do momento em que o diagnóstico é estabelecido de modo consciencioso e segundo as regras aplicáveis, que é prescrito um tratamento apropriado e aplicado de acordo com os princípios geralmente aceites pela profissão médica, o médico fica precavido contra possíveis acusações de negligência ou imprudência profissional.

5.1.2 A incúria e a atuação profissional incorreta

No caso de falha ou de atuação profissional incorreta, no caso de erro evidente, de tratamento visivelmente inadequado, estamos perante uma violação evidente das regras vigentes ou de ignorância dos dados geralmente conhecidos da ciência médica. Saliente-se, porém, que a falha não é apenas avaliada em função do gesto incriminado, mas também das circunstâncias nas quais o gesto foi efetuado.

5.1.3 O procedimento no caso de contestação de uma fatura

Para contestar uma fatura, o primeiro passo consiste em falar com o médico ou com um representante do estabelecimento hospitalar em causa. Situações há também em que o paciente pode recorrer diretamente à comissão de fiscalização dos seguros sociais, nomeadamente:

- no caso de contestação das prestações faturadas,
- ou no caso de contestação de reembolso parcial, ou de
- não-reembolso do montante faturado,

e independentemente de qualquer conveniência pessoal ou participação oficial. O paciente pode igualmente dirigir-se à Patiente Vertriebung asbl para obter um parecer antes de tomar qualquer medida.

A comissão de fiscalização é competente para tratar dos litígios que lhe são encaminhados por um segurado ou por um prestador de cuidados.

Se a comissão de fiscalização decidir que o prestador não respeitou as tarifas fixadas em virtude das nomenclaturas, das convenções ou do que tenha sido estipulado no tocante ao excedimento das tarifas, ela determina a restituição ao segurado da soma indevidamente faturada. Caso contrário, o seguro de saúde salda a dívida face ao segurado nos termos da lei, dos regulamentos e dos estatutos.

5.2 A conciliação

Recomenda-se a qualquer paciente que se crê vítima de uma violação dos seus direitos que faça, antes de proceder a uma denúncia, uma última tentativa de conciliação junto do profissional de saúde em causa ou, em meio hospitalar, junto da administração. Com efeito, não é raro um litígio dever-se a uma falta de comunicação entre o doente e o profissional de saúde.



5.3 O serviço nacional de informação e de mediação no domínio da saúde

Em aplicação da lei de 24 de julho de 2014, relativa aos direitos e obrigações do paciente (artigos 20 e seguintes), é criado um novo serviço nacional de informação e de mediação no domínio da saúde.

- serviço tem diversas missões, como seja a prestação de informação:
 - «sobre os direitos e deveres do paciente / prestador de cuidados, sobre as
 - regras processuais da mediação no domínio da saúde,
 - sobre as possibilidades de dar seguimento às reclamações na ausência de solução pela via da mediação (...).» (Artigo 20 da lei de 24 de julho de 2014)
 - paciente tem direito a ser assistido em todas as suas diligências.
- Trata-se de um serviço gratuito. Este serviço pode, mediante pedido escrito do paciente ou do seu representante, pedir qualquer peça ou esclarecimento útil em relação ao processo clínico sobre o qual é abordado. (Artigo 21(2) da lei de 24 de julho de 2014)

Se as duas partes em causa chegam a um acordo (que prevê compromissos bem definidos para cada parte), esse acordo será objeto de um documento escrito a datar e assinar pelas partes. (Artigo 22(5) da lei de 24 de julho de 2014)

5.4 O procedimento de denúncia

Se o conflito subsiste não obstante os esforços de entendimento, o paciente pode apresentar uma queixa ao Diretor da Saúde, ao Colégio Médico e/ou à Comissão de Fiscalização junto da CNS.

5.5 As jurisdições sociais

Os pacientes podem agir em justiça perante as jurisdições sociais contra qualquer decisão tomada pelos organismos da segurança social.

○ Conselho arbitral da segurança social

- é competente em todo o território do Grão-ducado
- tem competência em primeira instância nos domínios seguintes:
 - «Diferendos em matéria de afiliação,
 - tributação,
 - contribuições sociais,
 - coimas por contraordenações
 - prestações
- Delibera em primeiro e último lugar até um valor de 1.250 EUR sujeito a recurso a partir do momento em que o objeto do litígio excede este montante». ¹
- Um semelhante recurso deve obrigatoriamente (sob pena de anulação) ser formado num prazo de 40 dias² a contar da notificação da decisão. O recurso deve ser interposto mediante um simples requerimento a entregar na sede do Conselho arbitral.³

Na medida do possível, a Patient Vertriebung asbl apoia e aconselha o paciente em todas as suas diligências.

¹ www.justice.public.lu/fr/organisation-justice/jurisdictions-sociales/index.html (consultado em setembro de 2014)

² À falta de indicações precisas, é preferível considerar que se trata de dias do calendário em vez de dias úteis

³ www.justice.public.lu/fr/organisation-justice/jurisdictions-sociales/index.html (consultado em setembro de 2014)

○ Conselho superior da segurança social

tem competência em todo o território do Grão-ducado e delibera em **segunda instância** em matéria de:

- litígios sobre a afiliação,
- tributação,
- contribuições sociais,
- coimas por contraordenações,
- prestações,

○ cujo objeto exceda o montante de 1.250 EUR.

O recurso deve ser interposto no espaço de 40 dias a contar da notificação da decisão do Conselho arbitral, mediante um simples requerimento, sob pena de anulação. O requerimento deve ser entregue na sede do Conselho Superior dos Seguros Sociais”.

Na medida do possível, a Patiente Vertriebung asbl apoia e aconselha o paciente em todas as suas diligências.

○ Tribunal de cassação

As decisões em última instância do Conselho arbitral e as resoluções do Conselho Superior da Segurança Social podem ser objeto de um recurso junto do tribunal de cassação, que só será admissível no caso de “contra-venção da lei e violação de formas substanciais”.

Antes de instaurar um processo judicial contra um prestador de cuidados de saúde, recomenda-se aos pacientes que se informem previamente sobre os seus direitos e obrigações bem como sobre as hipóteses de sucesso num tal processo.

Dada a complexidade da matéria, recomenda-se a contratação de um advogado para se ocupar de todos estes procedimentos.

Na medida do possível, a Patiente Vertriebung asbl apoia e aconselha o paciente em todas as suas diligências.



6 Diversos

6.1 O glossário

Risco terapêutico: “É o risco criado pela atividade médica, ou seja, o acidente que ocorre durante uma operação ou um tratamento e que não tem qualquer ligação com o estado inicial do paciente, nem com a evolução normal deste estado e é independente de qualquer falha do médico (...)”.¹

Anamnese: Conjunto de informações fornecidas ao médico pelo doente, ou por pessoas que lhe sejam chegadas, sobre o historial de uma doença ou as circunstâncias que a precederam.

Assistência ao suicídio: “O facto de um médico ajudar intencionalmente uma outra pessoa a suicidar-se ou arranjar-lhe os meios para o fazer, a pedido expresso e voluntário dessa pessoa”.²

Seguro complementar: A caixa de previdência reembolsa até um certo limiar as despesas de saúde. A fim de beneficiar de um reembolso complementar, há que subscrever um seguro complementar (por exemplo, da CMM (Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste)).

Seguro de dependência: “(...) O seguro de dependência é um ramo obrigatório dos seguros sociais. Assume a responsabilidade pelas despesas do auxílio e cuidados de que precisam as pessoas dependentes (por exemplo, cuidados pessoais diários). O seguro de dependência não substitui o seguro de saúde. Cobre as despesas do auxílio e dos cuidados que não são comparticipadas pelo seguro de saúde (...)”. (www.sante.public.lu)

Diretiva antecipada: Documento que exprime a vontade do paciente no final da vida se o paciente se encontrar num estado de saúde no qual lhe é impossível exprimir a sua vontade. O paciente pode determinar por intermédio desta diretiva antecipada as condições do seu fim de vida dito “natural”.

¹ G. Vogel, E. Rudloff, Lexique de Droit Médical & Hospitalier, Ed. Promoculture, 2^a Ed., p. 39

² Artigo 1 da lei de 16 de março de 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio

Disposição de final de vida: “Qualquer pessoa maior e capaz pode, no caso de já não ser capaz de manifestar a sua vontade, consagrar por escrito em disposições de final de vida as circunstâncias e condições nas quais deseja que lhe seja praticada eutanásia (...)”.³

Processo clínico: “O conjunto dos documentos que contêm os dados, as avaliações e as informações de qualquer natureza sobre o estado de saúde de um paciente e a sua evolução ao longo do tratamento, independentemente da natureza do seu apoio”.⁴

CAAS: Conseil Arbitral des assurances sociales

Colégio médico: Reagrupa os médicos, os médicos dentistas e os técnicos farmacêuticos (www.collegemedical.lu)

CMFEP: Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Publics

CNS: Caisse Nationale de Santé (www.cns.lu)

CSCPS: Conseil Supérieur de Certaines Professions de Santé (www.sante.public.lu)

COPAS: Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins (www.copas.lu)

FHL: Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (www.fhflux.lu)

Incapacitado: Pessoa sem condições físicas ou psíquicas para beneficiar de um direito ou exercê-lo ela mesma.

Eutanásia ativa: Consiste no ato em que um médico induz a morte de uma pessoa a pedido dela, se todos os pré-requisitos legais forem satisfeitos.

Eutanásia passiva: É sinónimo de “deixar morrer” o paciente.

Médico liberal: No Luxemburgo, há médicos que exercem a sua atividade por conta própria, ou seja, como profissionais independentes num consultório de médicos / em certos hospitais.

Médico assalariado: Além dos médicos que exercem uma atividade liberal, há médicos que trabalham por conta de outrem e estão sujeitos a todos os direitos e deveres de uma relação contratual salarial. Esses médicos não

³ Artigo 4.1 da lei de 16 março 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio

⁴ Artigo 2(f) da lei de 24 de julho de 2014 relativa aos direitos e obrigações do paciente e, nomeadamente, sobre a criação de um serviço nacional de informação e de mediação no domínio da saúde

exercem uma atividade independente, mas trabalham para uma administração / instituição / hospital.

Maior capacitado: Qualquer indivíduo com mais de 18 anos de idade em condições de exprimir a sua vontade / defender os seus interesses.

Maior incapacitado: Qualquer indivíduo com mais de 18 anos de idade que não consegue exprimir a sua vontade / defender os seus interesses e que precisa de ser assistido, ou seja, representado.

Menor: Um menor é um indivíduo de qualquer sexo que ainda não completou dezoito anos de idade.

Obrigação de meios: “A obrigação de meios e a situação na qual o devedor se compromete a empreender tudo o que está ao seu alcance para realizar uma tarefa. O devedor apenas se compromete a empregar todos os meios possíveis, não se comprometendo a alcançar o resultado visado”.⁵ Em princípio a obrigação incumbida ao médico é uma obrigação de meios.⁶

Obrigação de resultado: “Corresponde à situação em que o devedor se compromete a atingir um resultado”.⁷ Na sequência de um acórdão do Tribunal de Cassação de 31 de janeiro de 2013 (nº3099 do registo), vale o princípio segundo o qual “a obrigação acessória de segurança contratada pelo estabelecimento de saúde em matéria de infeção nosocomial é uma obrigação de resultado”.⁸

Omnimédico: Médico generalista ou de clínica geral.

Paciente: “Qualquer pessoa física que pretende beneficiar ou beneficia de cuidados de saúde”.⁹

⁵ Publicação mensal da CSL, “infos juridiques-Flash sur le Droit du travail”, N° 02/13, p.11

⁶ G. Vogel, E. Rudloff, Lexique de Droit Médical & Hospitalier, Ed. Promoculture, 2ª ed., p.141

⁷ Publicação mensal da CSL, “infos juridiques-Flash sur le Droit du travail”, N° 02/13, p.11

⁸ JurisNews – Droit médical, “Les infections nosocomiales: aspects pratiques e juridiques”, Vol. I, N° 2/2013

⁹ Artigo 2(b) da lei de 24 de julho e 2014

Prestador de cuidados: Médicos, médicos-dentistas, profissões de saúde, estabelecimentos hospitalares, laboratórios de análises clínicas e de biologia clínica, estabelecimentos de curas terapêuticas, estabelecimentos de reeducação e de readaptação funcionais, fornecedores de próteses ortopédicas, de ortóteses e de epíteses, farmacêuticos, técnicos de ótica ocular, fornecedores de derivados do sangue e pessoas que se encarregam do transporte de doentes.

Profissional de saúde: Médicos, médicos-dentistas, cuidadores, assistente-sênior, assistente técnico clínico, profissionais de enfermagem geral, ou especializados em anestesia e reanimação, em pediatria, ou psiquiatria, massagista, parteira, assistente de higiene social, assistente social, dietista, ergoterapeuta, enfermeiro graduado, técnico laboratorial, massagista-fisioterapeuta, ortofonista, ortoptista, pedagogo curativo, reeducador em psicomotricidade.

Cuidados de saúde: “Serviços prestados pelos profissionais de saúde aos pacientes destinados a avaliar, manter ou restabelecer o seu estado de saúde, incluindo a prescrição, a administração, aplicação e a dispensa de medicamentos e dispositivos médicos.”¹⁰

Cuidados paliativos: “Os cuidados paliativos são cuidados ativos, contínuos e coordenados, praticados por uma equipa pluridisciplinar no respeito da dignidade da pessoa que os recebe. Visam cobrir as necessidades físicas, psíquicas e espirituais da pessoa assistida e apoiar o seu círculo de familiares e amigos. Integram o tratamento da dor e do sofrimento psíquico».”¹¹

¹⁰ Artigo 2(c) da lei de 24 de julho de 2014

¹¹ Artigo 1 al. 2 da lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada e ao acompanhamento no final da vida

6.2 A bibliografia e os diferentes instrumentos legais

- G. Vogel, E. Rudloff, Lexique de Droit Médical & Hospitalier, Ed. Promoculture, 2ª edição.
- Lei de 28 de agosto de 1998 sobre os estabelecimentos hospitalares (Memorial A, 1998 pág. 1563)
- Lei de 10 de agosto de 1992 relativa à proteção da juventude (Memorial A, 1995 pág. 1913)
- Lei de 26 de março 1992 sobre o exercício e a revalorização de certas profissões de saúde (Memorial A, 1992 pág. 806 e 1995 pág. 27)
- Lei de 25 novembro 1982 que regulamenta a colheita de substâncias de origem humana (Memorial A, 1982 pág. 2020)
- Lei de 26 de maio de 1988 relativa ao internamento de pessoas com perturbações mentais nos estabelecimentos ou serviços psiquiátricos (Memorial A, 1988 págs. 560 e 638)
- Lei de 16 de março de 2009 relativa aos cuidados paliativos, à diretiva antecipada
- e ao acompanhamento no final da vida (Memorial A, 2009, N° 46, págs. 609–614) lei de 16 março 2009 sobre a eutanásia e a assistência ao suicídio (Memorial A, 2009, N° 46, pp. 615)
- Lei de 1 de julho de 2014 que transpõe a diretiva 2011/24/UE do Parlamento europeu e do Conselho de 9 de março de 2011 relativa à aplicação dos direitos dos pacientes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (Memorial A, 2014, N° 115, pp.1737)
- Lei de 24 de julho de 2014 relativa aos direitos e obrigações do paciente, sobre a criação de um serviço nacional de informação e de mediação no domínio da saúde (Memorial A, 2014, N° 140, pp. 2193)
- Código civil luxemburguês
- Código penal e código de instrução criminal luxemburguês
- Código da Segurança Social, Estatutos da CNS
- Códigos deontológicos:
 - Decreto ministerial de 1 de março de 2013 que aprova o código deontológico das profissões de médico e de médico-dentista publicado pelo Colégio Médico
 - Regulamento grão-ducal de 7 de outubro de 2010 que estabelece o código deontológico de certas profissões de saúde
 - Decreto ministerial de 11 de julho de 2011 que aprova o código deontológico dos farmacêuticos publicado pelo Colégio Médico

Ficha de adesão

Apelido/Nome _____

Matrícula

Estado civil _____

Nacionalidade _____

Cônjuge

Apelido/Nome _____

Matrícula

Nacionalidade _____

Filho(s)

Apelido/Nome _____

Matrícula

Apelido/Nome _____

Matrícula

Apelido/Nome _____

Matrícula

Apelido/Nome _____

Matrícula

Morada

Nº, rua _____

Código postal / Localidade _____

GSM _____ privado _____

Emprego _____

Endereço de e-mail _____

(ATENÇÃO: Chamamos a atenção dos nossos novos membros para o facto de que, por razões de organização, **a vigência do contrato de filiação termina à data de 31 de dezembro do ano em curso**, não obstante o dia em que esse contrato tenha sido celebrado)