Advance Directive for **Health Care** *(Diretiva Antecipada de Vontade para* **Cuidados de Saúde***)*

Respecting Your Right To:
(Respeitando Seu Direito de:)

Choose Your Health Care Agent
(Escolher Seu Representante para Cuidados de Saúde)

Choose the Authority Given to Your Health Care Agent
(Escolher os Poderes Concedidos ao Seu Representante)

Choose Your Preferences Related to Treatment & Care
(Escolher Suas Preferências sobre Tratamentos e Cuidados)

Printed Name (Nomeem letra de forma)

Birthdate (Data de nascimento)

Getting Oriented (Orientações Iniciais)

PART ONE- Choose a Health Care Agent (the person(s) you choose to make health care decisions for you when needed). [**PARTE UM** - Escolha um Representante para Cuidados de Saúde (a(s) pessoa(s) que você escolhe para tomar decisões sobre seus cuidados de saúde, caso você não possa fazê-lo.)]

PART TWO- Select some medical treatment preferences. (**PARTE DOIS** - Indique suas preferências de tratamento médico.)

PART THREE- Guidance for your Health Care Agent (**PARTE TRÊS** - Instruções para o seu Representante.)

PART FOUR (Required)- Your signature and two witnesses. (**PARTE QUATRO (Obrigatória)** - Sua assinatura e a de duas testemunhas.)

You may fill out Part One, Part Two, or both, but if you have filled out ANY section of this form then Part Four MUST be filled in to make it legally valid.
(Você pode preencher a Parte Um, a Parte Dois ou ambas. No entanto, se QUALQUER parte for preenchida, a Parte Quatro DEVE ser preenchida para que o documento seja legalmente válido.)

Explanation and Directions for this Advance Directive: (Explicação e Instruções sobre esta Diretiva Antecipada de Vontade:)

This document goes into effect only when you are unable to (or choose not to) make health care decisions for yourself. [Este documento só entra em vigor quando você não puder (ou optar por não) tomar decisões sobre seus cuidados de saúde.]

1. This is an important legal document.
   (Este é um documento legal importante.)
2. This is a way to communicate health care preferences to your health care providers and others who care about you (e.g. friends, family).
   (Ele serve para comunicar suas preferências de cuidados de saúde aos profissionais que cuidam de você, além de amigos e familiares.)
3. This document does NOT give permission for your health care agent to make business or financial decisions on your behalf
   (Este documento NÃO autoriza seu representante a tomar decisões financeiras ou comerciais em seu nome)

Steps to Take After Completing This Advance Directive: (O que fazer após preencher esta Diretiva Antecipada de Vontade:)

1. Talk about your advance directive and your health care related goals and preferences with:
   (Converse sobre sua diretiva antecipada de vontade, suas metas e preferências de cuidados de saúde com:)

- ❑ Your Health Care Agent and Backup Agent (Seu Representante e Representante Suplente)
- ❑ Your Friends (Seus Amigos)
- ❑ Your Family (Sua família)
- ❑ Your Emergency Contact (Seu contato de emergência)

2. Give copies of your advance directive to:
   (Entregue cópias da sua diretiva antecipada de vontade para:)

- ❑ Your Health Care Agent (Seu Representante)
- ❑ Your Backup Health Care Agent (Seu Representante Suplente)
- ❑ Your health care providers (Seus profissionais de saúde)

3. Keep a copy of your advance directive where it can easily be found (e.g. on the refrigerator).
[Guarde uma cópia da sua diretiva antecipada de vontade em um local de fácil acesso (por exemplo, na porta da geladeira).]
4. If you are going to the hospital or a nursing home, take a copy of this document with you and ask that it be placed in your medical records.
(Se for ao hospital ou a um asilo, leve uma cópia deste documento e solicite que ela seja incluída no seu prontuário médico.)

Remember: You may revoke this completed form (advance directive) at any time by:
[**Lembre-se:** Você pode revogar este documento a qualquer momento por meio de:)]

1. Completing a written statement declaring your preference to revoke that is signed and dated; OR
(Um documento por escrito, com data e assinatura, declarando sua vontade de revogar a diretiva; OU)
2. Stating your desire to revoke the document in the presence of a witness 18 years of age or older who completes a written statement of your expression within 30 days of your declaration. The statement should be signed and dated; AND
(Uma declaração verbal feita na presença de uma testemunha maior de 18 anos, que deve registrar sua declaração por escrito, com data e assinatura, no prazo de 30 dias; E)
3. Communicating the revocation to your attending physician and other health care providers.
(Informar sua decisão de revogação ao seu médico responsável e a outros profissionais de saúde.)

How Often Should You Consider Making Changes to Your Advance Directive? (Com que frequência devo revisar minha diretiva antecipada de vontade?)

It is good to review and update your advance directive when one of the following occurs:
(Recomenda-se revisar e atualizar minha diretiva antecipada de vontade sempre que ocorrer alguma das situações abaixo:)

- ❑ *Decade*- at the start of a new decade of your life (every 10 years)
[*Década* - ao iniciar uma nova década de vida (a cada 10 anos)]
- ❑ *Death*- if your health care agent dies or if your choices have changed after the death of a loved one
(*Falecimento* - se seu representante falecer ou se suas escolhas mudarem após a morte de alguém próximo)
- ❑ *Divorce*- if you marry someone other than your health care agent or if you divorce your healthcare agent, then this document is automatically revoked
(*Divórcio* - se você se casar com outra pessoa que não seja seu representante ou se divorciar do seu representante, este documento será automaticamente revogado)
- ❑ *Diagnosis*- if you are diagnosed with a chronic or serious illness
(*Diagnóstico* - se você receber o diagnóstico de uma doença grave ou crônica)
- ❑ *Decline*- if your health gets worse over time, especially if you are no longer able to live on your own.
(*Declínio* - se sua saúde se deteriorar ao longo do tempo, especialmente se você não puder mais viver de forma independente.)

Need help completing this document?
(Precisa de ajuda para preencher este documento?)
Contact a Respecting Choices advance care planning facilitator at **wellstar.org/acp** to ask a question.
(Fale com um facilitador do plano de cuidados antecipados Respecting Choices pelo site **wellstar.org/acp**.)

PART ONE: My Choice for Health Care Agent
(PARTE UM: Minha Escolha de Representante para Cuidados de Saúde)

(Part 1 will be effective even if Part 2 is not completed)
(A Parte Um terá validade mesmo que a Parte Dois não seja preenchida)

Who Should You Choose as Your Health Care Agent?
(Quem Você Deve Escolher como Seu Representante para Cuidados de Saúde?)

- Someone who knows you well, and will respect your goals and values
  (Alguém que conheça você bem e respeite seus objetivos e valores)
- Someone you trust to make decisions in difficult circumstances
  (Alguém em quem você confie para tomar decisões em momentos difíceis)
- Someone who will be a good advocate for you and follow your decisions, even if he/she may not agree with them
  (Alguém que seja um bom defensor dos seus desejos, mesmo que não concorde com eles
- Someone 18 years or older
  (Alguém com 18 anos ou mais)

Who Cannot Be Your Health Care Agent?
(Quem Não Pode Ser Seu Representante?)

- A health care provider if he/she is directly involved in your care
  (Um profissional de saúde diretamente envolvido no seu atendimento)
- Someone younger than 18 years old
  (Alguém com menos de 18 anos)

If I can no longer make my own health care decisions (or I choose not to), this directive names the person I authorize to make these choices on my behalf; even if I do not fill out my treatment preferences in the next part. This person will be my health care agent.
[Se eu não puder mais tomar minhas próprias decisões sobre cuidados de saúde (ou optar por não fazê-lo), esta diretiva nomeia a pessoa que autorizo a tomar essas decisões por mim, mesmo que eu não preencha minhas preferências de tratamento na próxima parte. Essa pessoa será o meu representante para cuidados de saúde.]

The Person I Choose as My Health Care Agent:
(Pessoa Que Escolho Como Meu Representante para Cuidados de Saúde:)

Name (Nome)_____ Relationship (Parentesco ou relação)_____

Telephone (Cell) [Telefone (Celular)] _____ (Work) (Trabalho) _____ (Home) (Residencial) _____

Address (Endereço) _____

Email Address (optional)
[Endereço de e-mail (opcional)] _____

If my health care agent cannot be contacted within a reasonable time period or for any reason is unable or unwilling to act as my health care agent, then I select the following back up health care agents to be contacted in order of choice.
(Caso meu representante não possa ser contatado em tempo razoável ou, por qualquer motivo, não possa ou não queira agir como meu representante, indico os seguintes representantes suplentes, por ordem de preferência.)

Back-Up Agent # 1: (Representante Suplente nº 1:)

Name (Nome) _____ Relationship (Parentesco ou relação) _____

Telephone (Cell) [Telefone (Celular)] _____ (Work) (Trabalho) _____ (Home) (Residencial) _____

Address (Endereço) _____

Email Address (optional) [Endereço de e-mail (opcional)] _____

Back-Up Agent # 2: (Representante Suplente nº 2:)

Name (Nome) _____ Relationship (Parentesco ou relação) _____

Telephone (Cell) [Telefone (Celular)] _____ (Work) (Trabalho) _____ (Home) (Residencial) _____

Address (Endereço) _____

Email Address (optional) [Endereço de e-mail (opcional)] _____

❑ **By checking this box, I'm indicating that I do not have a health care agent. Instead, please allow my selections on Part Two to guide my health care decisions.**

(Ao marcar esta caixa, indico que não tenho um representante para cuidados de saúde. Nesse caso, use minhas escolhas indicadas na Parte Dois como base para as decisões de cuidados de saúde.)

What My Health Care Agent Can Do: (O Que Meu Representante Pode Fazer:)

I understand that I have chosen a health care agent to make decisions for me related to my health care. He/she will have the same authority to make any health care decision that I could make. For example: (Entendo que escolhi um representante para tomar decisões relacionadas aos meus cuidados de saúde. Ele ou ela terá a mesma autoridade que eu teria para tomar decisões sobre minha saúde. Por exemplo:)

- Take my instructions and what he/she knows of my preferences/values to act in my best interest. (Usar as instruções que deixei e o conhecimento que tem sobre meus valores e preferências para agir no meu melhor interesse.)
- Authorize, request, refuse, withdraw, and/or withhold any and all types of medication, treatment, procedures or health care. (Autorizar, solicitar, recusar, suspender e/ou interromper qualquer tipo de medicamento, tratamento, procedimento ou cuidado de saúde.)

- Consent, negotiate and/or contract for any health care facility or service for me, such as assisted living, skilled nursing facility, hospital, hospice or nursing home. These actions will not make my health care agent liable to pay for these services.
  (Consentir, negociar e/ou contratar qualquer serviço ou instituição de saúde para mim, como residências assistidas, instituição de enfermagem especializada hospitais, cuidados paliativos ou casas de repouso. Essas decisões não tornam o representante financeiramente responsável por tais serviços.)
- Review and release my medical records as needed for my medical care.
  (Autorizar a revisão e liberação dos meus prontuários médicos, conforme necessário para o meu atendimento.)

Note: Under Georgia law, a court can take away the powers of your health care agent if it finds he/she is not acting in accordance with your preferences. Your health care agent DOES NOT have the power to make decisions regarding behavioral treatment, sterilization, treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, or addictive disease.
(Observação: De acordo com a legislação da Geórgia, um tribunal pode revogar os poderes do seu representante se considerar que ele ou ela não está agindo de acordo com suas preferências. Seu representante NÃO tem autoridade para decidir sobre tratamento comportamental, esterilização, internação involuntária ou tratamento para doenças mentais, emocionais ou dependência química.)

What My Health Care Agent Can Do After I Die:
(O Que Meu Representante Pode Fazer Após Minha Morte:)

I understand that my health care agent can make decisions about the following (unless I have initialed to indicate I do not want him/her to have that authority/ability):
[Entendo que meu representante poderá tomar decisões sobre os seguintes pontos (a menos que eu assinale indicando que não desejo que ele ou ela tenha tal autoridade/capacidade):]

1. **Autopsy-** *My health care agent WILL have the power to authorize (give permission) for an autopsy*
   [**Autópsia-** *Meu representante PODE autorizar (dar permissão para) a realização de uma autópsia.*]
2. **Organ Donation and/or Body Donation-** *My health care agent WILL have the power to donate my body for use in a medical study and/or donate any of my organs*
   (**Doação de Órgãos e/ou do Corpo-** *Meu representante FICARÁ AUTORIZADO a doar meu corpo para pesquisa médica e/ou a doar quaisquer de meus órgãos*)
3. **Final Disposition of My Body-** *My health care agent WILL have the power to authorize the final disposition of my body including funeral arrangements and burial or cremation*
   (**Destino Final do Meu Corpo-** *Meu representante PODE autorizar todas as decisões sobre o destino final do meu corpo, incluindo funeral, enterro ou cremação*)

Only initial those things that you DO NOT want your health care agent to be able to do after you die
(Rubrique apenas os itens abaixo que você NÃO deseja que seu representante para cuidados de saúde possa decidir após sua morte)

1. **Autopsy:** _____ (Initial) I do NOT give the authority to my health care agent to authorize an autopsy (unless required by law).
   (Autópsia: _____ (Rubrica) NÃO autorizo meu representante a autorizar a realização de uma autópsia (a menos que seja exigida por lei).)
2. **Organ Donation and Body Donation:**
   (Doação de Órgãos e/ou do Corpo:)
   a. _____ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate my body for use in a medical study.
      [(Rubrica) NÃO autorizo meu representante a doar meu corpo para pesquisa médica.]

b. _____ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate any of my organs.
[(Rubrica) NÃO autorizo meu representante a doar qualquer um dos meus órgãos.]

3. **Final Disposition of My Body**: _____(Initial) I do NOT give authority to my health care agent to make decisions about final disposition of my body.
[Destino Final do Meu Corpo: _____ (Rubrica) NÃO autorizo meu representante a tomar decisões sobre o destino final do meu corpo.]

I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:
(Desejo que a seguinte pessoa tome as decisões sobre o destino final do meu corpo:)

Name (Nome) _____Phone (Telefone) _____

Address (Endereço) _____

Initial your preference for the final disposition of your body:
(Rubrique a sua preferência para o destino final do seu corpo:)

_____ (Initial) I want to be buried.
[(Rubrica) Desejo ser enterrado(a).]

_____ (Initial) I want to be cremated.
[(Rubrica) Desejo ser cremado(a).]

PART TWO: My Treatment Preferences
(PARTE DOIS: Minhas Preferências de Tratamento)

(Part 2 will be effective even if Part 1 is not completed)
(A Parte Dois terá validade mesmo que a Parte Um não seja preenchida)

This is your opportunity to make your preferences clear. Your health care agent and your doctors will refer to this section as a guide when you cannot make informed decisions. If you did NOT name a health care agent or back-up agent or if he/she cannot be reached, you can direct your care with the choices you indicate below. **WITH ANY CHOICE BELOW**, I understand I will be kept clean and comfortable and continue to receive medications for pain control and comfort.
(Esta é sua oportunidade de registrar suas preferências com clareza. Seu representante e os médicos usarão esta seção como orientação quando você não puder tomar decisões conscientes. Caso você NÃO tenha indicado um representante ou representante suplente, ou se eles não puderem ser contatados, suas escolhas abaixo serão consideradas para guiar seu atendimento. **COM QUALQUER ESCOLHA ABAIXO**, entendo que serei mantido(a) limpo(a), confortável e continuarei recebendo medicamentos para alívio da dor e conforto.)

Initial each statement you choose as your treatment preferences if you are in these situations:
(Rubrique as opções abaixo que representem suas preferências de tratamento caso você se encontre em uma dessas situações:)

If I have a **terminal illness** (incurable or irreversible condition) and my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I will die within a short period of time, this is my choice:
[Se eu tiver uma **doença terminal** (condição incurável ou irreversível) e meu médico responsável e outro médico acreditarem (e registrarem em prontuário) que vou falecer em um curto período de tempo, esta é minha escolha:]

1. _____ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.
   [**Quero prolongar minha vida o máximo possível** utilizando todos os tratamentos que os médicos considerem razoáveis. Exemplos: uso de máquina para respirar (respirador/ventilador), alimentação por sonda, transfusões de sangue, medicamentos e/ou fluidos intravenosos ou tratamentos para doenças crônicas.]

OR (OU)

2. _____ **I want to allow my natural death** to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below:
   (**Quero permitir que minha morte natural** ocorra, recusando ou suspendendo todos os tratamentos, com exceção daqueles que eu escolher abaixo:)
   a. _____ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means. (Se eu não puder me alimentar pela boca, desejo receber nutrição por sonda ou outro meio médico.)
   b. _____ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means. (Se eu não puder ingerir líquidos pela boca, desejo receber líquidos por sonda ou outro meio médico.)
   c. _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used. (Se eu precisar de ajuda para respirar, desejo usar um ventilador/respirador.)
   d. _____ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. [Se meu coração ou pulso pararem, desejo receber reanimação cardiopulmonar (RCP).]

If I am in a **state of permanent unconsciousness** (an incurable or irreversible condition) in which my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I am not expected to recover the ability to know who I am, who my friends and family are or where I am, this is my choice:
[Se eu estiver em um **estado de inconsciência permanente** (condição incurável ou irreversível) no qual meu médico responsável e outro médico acreditarem (e registrarem em prontuário) que não é esperado que eu recupere a capacidade de saber quem eu sou, quem são meus amigos e familiares ou onde estou, esta é minha escolha:]

1. _____ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions.
   [**Quero prolongar minha vida o máximo possível** utilizando todos os tratamentos que os médicos considerem razoáveis. Exemplos: uso de máquina para respirar (respirador/ventilador), alimentação por sonda, transfusões de sangue, medicamentos e/ou fluidos intravenosos ou tratamentos para doenças crônicas.]

OR (OU)

2. _____ **I want to allow my natural death** to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below:
   (**Quero permitir que minha morte natural** ocorra, recusando ou suspendendo todos os tratamentos, com exceção daqueles que eu escolher abaixo:)
   a. _____ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means.
      (Se eu não puder me alimentar pela boca, desejo receber nutrição por sonda ou outro meio médico.)
   b. _____ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means.
      (Se eu não puder ingerir líquidos pela boca, desejo receber líquidos por sonda ou outro meio médico.)
   c. _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used.
      (Se eu precisar de ajuda para respirar, desejo usar um ventilador/respirador.)
   d. _____ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used.
      [Se meu coração ou pulso pararem, desejo receber reanimação cardiopulmonar (RCP).]

My additional preferences and wishes regarding my health care: (Minhas preferências e desejos adicionais em relação aos meus cuidados de saúde:)

Attach Additional pages about treatment preferences (signed and dated) as needed
(Anexar páginas adicionais com preferências de tratamento, assinadas e datadas, se necessário)

PART THREE: Binding Guidance for Health Care Agent (PARTE TRÊS: Orientação Obrigatória para o Representante)

When making health care decisions for me, my health care agent must think about what action would be consistent with past conversations we have had, my treatment decisions as expressed in PART TWO, my religious and other beliefs and values I hold, and how I have handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my health care agent should make decisions for me that he/she believes are in my best interest, considering the benefits, burdens, and risks of my current circumstances and treatment options.
(Ao tomar decisões sobre meus cuidados de saúde, meu representante deve considerar as conversas anteriores que tivemos, minhas escolhas de tratamento registradas na PARTE DOIS, minhas crenças religiosas, valores e convicções e como lidei com questões médicas e outras decisões importantes no passado. Se ainda houver dúvidas sobre o que eu gostaria, então meu representante deve tomar decisões com base no que ele ou ela acredita ser do meu melhor interesse, considerando os benefícios, ônus e riscos das minhas circunstâncias atuais e das opções de tratamento.)

If I have appointed a health care agent who gives instructions that differ from my treatment preferences in PART TWO of this Advance Directive, then I direct that (**Initial only one of the following**):
[Se eu tiver nomeado um representante cujas decisões forem diferentes das preferências de tratamento indicadas na PARTE DOIS desta Diretiva Antecipada de Vontade, então indico o seguinte: **(Escolha e rubrique em apenas UMA das opções abaixo:**)]

(Initial) (Rubrica)_____	Follow Advance Directive: This Advance Directive will override instructions my Health Care Agent gives about prolonging my life. (Siga a Diretiva Antecipada de Vontade: Esta Diretiva Antecipada de Vontade tem precedência sobre qualquer instrução do meu representante quanto à extensão da minha vida.)
(Initial) (Rubrica)_____	Follow my Health Care Agent: My Health Care Agent has authority to override this Advance Directive. (Seguir meu Representante: Meu Representante tem autoridade para se sobrepor a esta Diretiva Antecipada de Vontade.)

PART FOUR: Making this Advance Directive Complete and Legally Valid (PARTE QUATRO: Tornando Esta Diretiva Antecipada de Vontade Completa e Legalmente Válida)

Sign and date (or acknowledge signing and dating) this form in the presence of two witnesses. Both witnesses must be emotionally and mentally capable and at least 18 years of age, but the witnesses do not have to be together or present with you when you sign this form.
[Assine e coloque a data neste formulário (ou reconheça que assinou e datou) na presença de duas testemunhas. Ambas devem ser mental e emocionalmente capazes e ter pelo menos 18 anos de idade, mas não precisam estar juntas ou presentes no momento em que você assinar este formulário.]

A witness:
(Uma testemunha:)

- Cannot be a person who was selected to be your health care agent or back-up agent(s)
  (Não pode ser uma pessoa indicada como seu representante ou representante suplente)
- Cannot be a person who will gain financially from your death
  (Não pode ser alguém que se beneficie financeiramente com sua morte)
- Cannot be a person who is directly involved in your health care
  (Não pode ser alguém diretamente envolvido no seu cuidado de saúde)

Only one of the witnesses may be an employee, agent or medical staff member of the hospital, skilled nursing facility, hospice or other health care facility in which you are receiving health care (but this witness cannot be directly involved in your health care).
[Apenas uma das testemunhas pode ser funcionário, agente ou membro da equipe médica do hospital, instituição de enfermagem especializada, instituição de cuidados paliativos ou outra instalação de saúde onde você esteja sendo atendido (mas essa testemunha não pode estar diretamente envolvida no seu atendimento médico).]

My Signature and Date
(Minha assinatura e data)

This form revokes any advance directive for health care, durable power of attorney for health care, health care proxy, or living will that I have completed before the date indicated beside my signature. This form does not revoke an advance directive for behavioral health treatment.
(Este formulário revoga quaisquer diretiva antecipada de vontade para cuidados de saúde, procuração duradoura para cuidados de saúde, procuração médica ou testamento vital que eu tenha preenchido antes da data indicada ao lado da minha assinatura. Este formulário não revoga uma diretiva antecipada de vontade para tratamento de saúde comportamental.)

I am emotionally and mentally capable to make this advance directive and I understand its purpose and effect. I agree with everything written in this document and have completed this document of my free will.
(Declaro que estou mental e emocionalmente capaz de preencher esta diretiva de vontade antecipada e que compreendo seu propósito e efeitos. Concordo com tudo o que está escrito neste documento e o preenchi de livre e espontânea vontade.)

Signature (Assinatura)_____ Date (Data)_____

My Witnesses
(Minhas Testemunhas)

The maker of this Advance Directive signed this form in my presence or acknowledged signing this form to me. I believe this person to be emotionally and mentally capable of making this advance directive. I am at least 18 years old and I signed this form willingly and voluntarily.
(A pessoa que fez estas Instruções Prévias assinou este formulário na minha presença ou reconheceu que assinou o formulário diante de mim. Acredito que essa pessoa está emocional e mentalmente apta para fazer estas instruções prévias. Tenho pelo menos 18 anos e assinei este formulário de forma livre e voluntária.)

Witness Number One: (Testemunha nº 1:)

Signature (Assinatura) _____ Date (Data) _____

Printed Name of Witness
(Nome impresso da testemunha) _____

Address (Endereço) _____

Witness Number Two: (Testemunha nº 2:)

Signature (Assinatura) _____ Date (Data) _____

Printed Name of Witness
(Nome impresso da testemunha) _____

Address (Endereço) _____

********This form DOES NOT need to be notarized**
(Este formulário NÃO precisa ser reconhecido em cartório)******