

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE LENTE INTRAOCULAR

NOME:	
CÉDULA DE IDENTIDADE:	CPF:
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:

Declaro, para os devidos fins, que é de minha livre escolha e responsabilidade a definição pelo implante de Lente Intraocular – LIO diferente da autorizada e coberta pelo meu convênio.

Sendo assim, assino que assumirei integralmente as despesas referente à utilização de uma Lente Intraocular - LIO diferente da coberta pelo meu plano de saúde, e estou ciente que não tenho direito ao reembolso deste valor pela mesma, pelo que renuncio de forma expressa a qualquer crédito referente ao valor contratado de forma particular, da Operadora, de terceiro ou qualquer outra parte eventualmente envolvida.

Para firmar e reforçar essa autorização declaro ter recebido do médico todas as informações referentes à lente que será implantada, e que tenho toda a compreensão e entendimento, não restando dúvidas existentes sobre a especificação e indicação/benefícios da Lente Intraocular - LIO a ser utilizada em minha cirurgia.

Prestados todos os esclarecimentos necessários, manifesto expressamente o meu consentimento com relação à implantação da Lente Intraocular - LIO. Por ser verdade, firmo este documento para todos os fins legais e cabíveis, do qual recebo uma cópia.

DETALHAMENTO DA LENTE INTRAOCULAR UTILIZADA:

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

 Nome do paciente ou responsável:

RG:
 CPF:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:	
NOME:	
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	DATA DE NASCIMENTO:
GRAU DE PARENTESCO COM O(A) PACIENTE:	

TESTEMUNHAS

 Nome
 RG:
 CPF:

 Nome
 RG:
 CPF: