

**TERMO DE CIÊNCIA – LENTE INTRAOCULAR – PAGAMENTO DIRETO EM CONTA HOSPITALAR**

Eu.....portador da identidade nº....., CPF nº....., residente e domiciliado..... e possuidor do plano de saúde ..... de categoria ....., declaro ter tomado conhecimento que o meu plano de saúde cobre integralmente as lentes intraoculares (Lios) com a finalidade de resolver exclusivamente a substituição do cristalino opacificado (catarata), ou seja, as Lios de característica “monofocal esférica”, usadas nos procedimentos de Facectomia com lente intraocular com ou sem Facoemulsificação (3.03.06.03-5 e 3.03.06.02-7) quando devidamente registradas na ANVISA. O valor referente a esta lente que é de R\$..... (.....) será pago diretamente pela Operadora ao Prestador de Serviço.

**Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por outra lente cuja finalidade não seja exclusivamente a correção da catarata e que, portanto, fuja da cobertura obrigatória, e seja de custo superior ao pago pela minha Operadora de Plano de Saúde, todo custo adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não me reembolsará qualquer quantia adicional.**

Estas lentes intraoculares opcionais seriam:

- 1) Lentes Intraoculares esféricas – para corrigir aberrações ópticas oculares;
- 2) Lentes Intraoculares tóricas – para corrigir astigmatismo;
- 3) Lentes Intraoculares multifocais – para corrigir:
  - a. Múltiplas distâncias de foco;
  - b. Diferentes distâncias de foco;
  - c. Mais de uma distância de foco.

Data:..... Local: .....

Assinatura do Paciente.....

Assinatura da 1ª Testemunha:.....

Nome da 1ª Testemunha:..... CPF: .....

Assinatura da 2ª Testemunha:.....

Nome da 2ª Testemunha:..... CPF: .....

**TERMO DE CIÊNCIA – REEMBOLSO DE LENTE INTRAOCULAR AO PACIENTE**

Eu.....portador da identidade nº....., CPF nº....., residente e domiciliado ..... e possuidor do plano de saúde..... de categoria....., declaro ter tomado conhecimento que o meu plano de saúde cobre integralmente as lentes intraoculares (Lios) com a finalidade de resolver exclusivamente a substituição do cristalino opacificado (catarata), ou seja, as Lios de característica “monofocal esférica”, usadas nos procedimentos de Facectomia com lente intraocular com ou sem Facoemulsificação (3.03.06.03-5 e 3.03.06.02-7) quando devidamente registradas na ANVISA. O valor referente a esta lente que é de R\$..... (.....) **será reembolsado a mim, posteriormente, por minha Operadora de Plano de Saúde.**

**Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por outra lente cuja finalidade não seja exclusivamente a correção da catarata e que, portanto, fuja da cobertura obrigatória, e seja de custo superior ao pago pela minha Operadora de Plano de Saúde, todo custo adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não me reembolsará qualquer quantia adicional.**

Estas lentes intraoculares opcionais seriam:

- 1) Lentes Intraoculares esféricas – para corrigir aberrações ópticas oculares;
- 2) Lentes Intraoculares tóricas – para corrigir astigmatismo;
- 3) Lentes Intraoculares multifocais – para corrigir:
  - a. Múltiplas distâncias de foco;
  - b. Diferentes distâncias de foco;
  - c. Mais de uma distância de foco.

Data:..... Local: .....

Assinatura do Paciente.....

Assinatura da 1ª Testemunha:.....

Nome da 1ª Testemunha:..... CPF: .....

Assinatura da 2ª Testemunha:.....

Nome da 2ª Testemunha:..... CPF: .....