



Núcleo de Oftalmologia Especializada

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO LIO

Paciente:

Responsável:

Data Nascimento:

Endereço:

Cidade:

CEP.:

Convênio:

CPF:

Médico:

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

Sendo assim, assino que assumirei integralmente a despesa referente à utilização de uma 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 referente à lente que será implantada e que tenho toda a compreensão e entendimento, não havendo dúvidas existentes sobre a especificação e benefícios/resultados da LIO a ser utilizada em minha cirurgia.

Prestados todos os esclarecimentos necessários, manifesto expressamente o meu consentimento com relação à implantação da LIO.

Por ser verdade, firmo este documento para todos os fins legais e cabíveis, do qual recebo uma cópia.

Nome Completo:

Assinatura do Paciente / Responsável: _____