



### TERMO DE CIÊNCIA PARA IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

Nome: \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Carteira TRT6 Saúde nº: \_\_\_\_\_  
Telefones: (celular) \_\_\_\_\_ (residencial) \_\_\_\_\_  
Nome do responsável pelo beneficiário: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Declaro que tomei conhecimento de que o TRT6 Saúde custeia o valor máximo de R\$800,00 (oitocentos reais) por lente intraocular utilizada na cirurgia de "facectomia com lente intraocular com ou sem facoemulsificação".

O referido valor será pago diretamente pelo TRT6 Saúde ao prestador de serviço.

Declaro, ainda, ter ciência de que, caso eu venha a optar por lente intraocular com valor superior a R\$800,00 (oitocentos reais), a quantia adicional será custeada por mim, e que essa despesa não se enquadra nas hipóteses de reembolso do TRT6 Saúde.

\_\_\_\_\_ (Local/UF), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura