



TERMO DE CIÊNCIA PARA IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

Nome do Paciente: _____
RG nº _____ Órgão Emissor: _____ CPF nº: _____
Carteira TRT6 Saúde nº: _____
Telefones: (celular) _____ (residencial) _____
Nome do Titular TRT6 Saúde: _____
Grau de Parentesco: _____

Declaro que tomei conhecimento de que o TRT6 Saúde custeia o valor máximo de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por lente intraocular utilizada na cirurgia de "facectomia com lente intraocular com ou sem facoemulsificação".

Declaro, ainda, ter ciência de que, caso eu venha a optar por lente intraocular com valor superior a R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por cada lente intraocular, 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