



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", independentemente de o procedimento ser realizado em prestador de serviço credenciado diretamente ao TRT6 Saúde, ou em prestador de serviço integrante da rede credenciada da Unimed ou da Camed.

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