



TERMO DE CONSENTIMENTO CIRURGIA DE CATARATA (FACECTOMIA)

A catarata é uma lesão ocular que atinge e torna opaco o cristalino (lente situada atrás da íris cuja transparência permite que os raios de luz o atravessem e alcancem a retina para formar a imagem), o que compromete a visão. A principal causa da doença é o envelhecimento. O único tratamento para catarata é o cirúrgico (cirurgia de facectomia). O objetivo da cirurgia – simples, rápida e feita sob anestesia local – é substituir o cristalino danificado por uma lente artificial, a lente intraocular (LIO) que recupera a função perdida.

Existem lentes de diversos tipos e valores. Seu médico fará uma avaliação do seu caso para indicar a melhor LIO para o seu caso. A operadora remunera o valor de R\$ 750,00 ao seu médico para a cobertura das diversas lentes que se enquadram dentro dos critérios definidos pela Agência Nacional de Saúde. Considerando as informações acima e a possibilidade do seu médico te oferecer outras opções de lente, solicitamos seu consentimento conforme abaixo:

Eu, _____,

portador da identidade Nº _____,

CPF: _____,

estou ciente que meu plano de saúde _____ cobre a lente intraocular (LIO) para a cirurgia de correção de catarata (facectomia) dentro dos critérios definidos pela Agência Nacional de Saúde. O valor referente a lente será pago diretamente ao prestador/médico credenciado.

Caso eu venha optar por outra lente diferente e de custo superior da que foi negociada pelo meu Plano/Convênio, declaro ter recebido todo o esclarecimento necessário, estou ciente e concordo de livre e espontânea escolha que o custo adicional referente à lente a qual optei será quitado por minha conta e que a operadora não reembolsará qualquer quantia adicional.

_____, ____ / ____ / _____.
Local e data

Assinatura do beneficiário