



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, beneficiário(a) da Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. sob o nº _____, declaro estar ciente de que tive prescrito a realização de procedimento denominado Facectomia, com implante de lente intraocular, para tratamento de catarata.

Declaro também que tenho ciência que a referida operadora autoriza o custeio do aludido material, devidamente aprovado pela ANVISA, para a realização do procedimento, e que fui informado(a) pelo médico assistente que o mesmo atende plenamente ao tratamento.

Assim, caso opte pela aquisição de outro material diverso do liberado pela Unimed-Rio, me responsabilizo em arcar com a diferença entre o valor pago pela operadora e o que escolhi.

Declaro, por fim, estar ciente de que, em razão da autorização expedida pela operadora, a diferença por mim suportada não será passível de reembolso.

Assinatura: _____

RG:

CPF:

Rio de Janeiro, _____ de _____