	FORMULÁRIO			FOR
	TERMO DE CIÊNCIA E PREFERÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL LENTE INTRA OCULAR DE FORMA PARTICULAR			FOR-RCR-37
	Data de Emissão: 15/09/2022	Data da Revisão: 15/09/2022	Número da Revisão: 00	Página: 1 de 2
APLICAÇÃO:	REDE CREDENCIADA			

CONSIDERANDO:

I – A dignidade da pessoa humana como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, da Constituição Federal) e sendo inviolável o direito à liberdade (art. 5º da Constituição Federal);

II – A capacidade civil e a autonomia de vontade previstas no Código Civil brasileiro;

III – A lucidez e a capacidade cognitiva do(a) beneficiário/responsável legal que firma o presente termo.

Eu, _____

_____ inscrito(a) no CPF sob nº _____, portador(a) da carteira de plano de saúde nº _____, representado por responsável legal, _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, na qualidade de BENEFICIÁRIO(A) da operadora de plano


de saúde CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE, associação civil sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade de Caxias do Sul/RS, na Rua Visconde de Pelotas, nº 809, inscrita no CNPJ sob o nº 88.645.403/0001-39, regularmente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 31024-7, **DECLARO**, após ter sido devidamente informados(a), em linguagem clara, objetiva e compreensível que:

1. Fui cientificado(a) que o meu contrato de plano de saúde com CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE dá cobertura total as despesas com honorários, internação, materiais e medicamentos, para o procedimento de facectomia com lente intraocular com ou sem facoemulsificação, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

2. Eu **escolho** () SIM () NÃO a utilização de outra lente intraocular específica, distinta daquela custeada pela Operadora nos termos contratados;

3. Eu estou ciente que, ao preferir utilizar uma lente diferente da custeada pela Operadora, **assumo** a responsabilidade financeira pela despesa do material e de todos os itens que não foram

Cópia controlada
29/09/2022

	FORMULÁRIO			FOR
	TERMO DE CIÊNCIA E PREFERÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL LENTE INTRA OCULAR DE FORMA PARTICULAR			FOR-RCR-37
	Data de Emissão: 15/09/2022	Data da Revisão: 15/09/2022	Número da Revisão: 00	Página: 2 de 2
APLICAÇÃO:	REDE CREDENCIADA			

autorizados, **de forma particular** e diretamente junto ao respectivo prestador, **sem reembolso ou ressarcimento** pelo CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE;

4. Autorizo a operadora CÍRCULO OPERÁRIO CAXIENSE ter acesso ao prontuário médico do procedimento cirúrgico referido neste termo.

5. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas às coberturas contratuais e despesas particulares antes da assinatura do presente termo; e,

6. Compreendo as explicações que me foram prestadas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas.

Caxias do Sul, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) beneficiário(a)/responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

Cópia controlada
29/09/2022