

Tendo em vista solicitação de cobertura para o procedimento *Facectomia com implante de lente intraocular*, código TUSS 30306027, olho direito ou esquerdo realizado na data provável de ____ / ____ / ____ , pelo médico assistente CRM _____ no hospital _____ eu _____, matrícula _____ CPF _____ e RG _____ declaro estar ciente de que a Fundação Libertas disponibiliza todos os recursos necessários para a realização do procedimento, e que inclui rede credenciada, materiais, medicamentos e próteses, de acordo com o rol de procedimentos cobertos, sem nenhum ônus para o beneficiário, e que o ressarcimento será efetuado após a apresentação da conta hospitalar a Fundação Libertas.

Após todos os esclarecimentos prestados, opto por pagamento da prótese (lente intraocular) em caráter particular, diretamente ao prestador de serviço e estou ciente que o reembolso da prótese poderá ser requerido, de posse de toda documentação fiscal e estará limitado aos valores de referência negociados com a rede credenciada na data do evento.

Também estou ciente de que a prótese oferecida pela Fundação Libertas atende todas as especificações técnicas necessárias para a correção do problema de catarata e a opção por implante de prótese diferenciada isenta a operadora de qualquer responsabilidade quanto a complicações e eventuais danos em decorrência de minha escolha.

Por fim responsabilizo-me integral e exclusivamente por minha escolha.

Por ser verdade, firmo o presente termo.

Local: _____, ____ de ____ de 20 ____.

Nome do Beneficiário ou seu responsável

Testemunhas: _____

