

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

YAG laser - Capsulotomia

O paciente _____, portador do RG sob nº _____ e CPF/MF nº _____, residente na rua _____, através de seu médico _____, portador do CRM/____ sob nº _____, solicitou a realização do procedimento denominado "YAG laser - Capsulotomia".

A Unimed Recife está ciente da sua corresponsabilidade em autorizar o referido procedimento e ciente que há risco de maior incidência de edema macular cistóide caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 3 meses decorridos da cirurgia de catarata, fez uso de pareceres dos médicos auditores contratados pela operadora.

Portanto, após reiterado tanto ao paciente como seu responsável legal acerca do risco de maior incidência de edema macular cistóide (EMC) caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 3 meses decorridos da cirurgia de catarata, e mesmo assim, optam os mesmos pela realização, a Unimed Recife irá autorizar o procedimento solicitado, porém se isenta de quaisquer responsabilidades, tanto extrajudicial quanto judicialmente.

ASSIM, APÓS SER PREVIAMENTE ADVERTIDO E ESCLARECIDO PELA UNIMED RECIFE, DOS RISCOS DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO, EU, _____, ASSUMO TODOS OS RISCOS DECORRENTES DA LIBERAÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER AUTORIZADO PELA UNIMED, ISENTANDO A MESMA TOTAL E PLENAMENTE, DE QUALQUER TIPO DE RESPONSABILIDADE.

Por ser expressão da minha vontade, firmo a presente, na presença das testemunhas que abaixo assinam para que surta os jurídicos e legais efeitos.

Recife, _____ de _____ de 2019.

Nome Legível do Beneficiário ou Responsável Legal

CPF/MF: _____

RG: _____

Médico Assistente
CRM E CARIMBO

Testemunhas:

Nome: _____

RG: _____

CPF/MF: _____

Nome: _____

RG: _____

CPF/MF: _____