

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
CIRURGIA DE CATARATA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR**

Por este instrumento particular o Sr. (a) _____
CPF _____, ou seu responsável Sr.(a) _____
CPF _____ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da
Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente,
Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____,
executar o tratamento cirúrgico designado CIRURGIA DE FACECTOMIA (CATARATA) COM IMPLANTE DE
LENTE INTRAOCULAR.

Declara ainda que em relação a sua doença ocular e ao tratamento acima proposto encontra-se ciente e detalhadamente informado (a) sobre os seguintes aspectos:

- 1) Apesar da cirurgia proposta (facectomia extra-capsular ou facoemulsificação) ser considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais eficazes e seguros do mundo, a mesma possui riscos de complicações oculares ligadas ao procedimento cirúrgico (como hemorragia, infecção ocular, ruptura de cápsula posterior com perda vítrea o que poderá impossibilitar o implante da lente intraocular no primeiro tempo cirúrgico, glaucoma, edema de córnea, luxação da catarata ou da lente intraocular para a cavidade vítrea, descolamento de retina, descolamento de coróide, edema macular, uveíte, estrabismo, atrofia de nervo óptico, hemorragia expulsiva, atrofia do globo ocular e até mesmo cegueira) e ao procedimento anestésico (perfuração ocular, paralisias musculares, de membros e até morte) apesar de equipe médica experiente, ambiente próprio para a realização da cirurgia, equipamentos de ponta e de todos os cuidados e cautelas tomados. Esses riscos de complicações são variáveis de pessoa para pessoa, de acordo com seu quadro clínico, seu estado geral de saúde e não estão ligados a todos os tipos de cirurgias.
- 2) Ter ouvido de seu médico assistente uma explicação minuciosa e realista do que se pode esperar da cirurgia proposta, em termos de benefícios visuais. Em nenhum momento foi induzido(a) por seu médico assistente que aceitasse a indicação cirúrgica com acenos de chances irreais ou com minimização das dificuldades inerentes ao ato cirúrgico e referentes à doença ocular em tela.
- 3) Estar com os telefones de contato do consultório para eventuais emergências e ter informado à recepção do consultório meus telefones de contato e de meus acompanhantes para que possam entrar em contato comigo quando necessário.
- 4) Ter ouvido do seu médico assistente e/ou da equipe do consultório as orientações quanto aos cuidados necessários no pré e pós-operatório, quanto ao uso correto dos colírios no pré e no pós-operatório, sobre a higiene e resguardos necessários para a recuperação cirúrgica.
- 5) Estar ciente da necessidade de comparecer às revisões de cirurgia nos dias e horários estabelecidos pelo médico assistente.
- 6) Que considera plenamente satisfatórias as explicações fornecidas por seu médico assistente.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
CIRURGIA DE CATARATA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR**

Acrescenta ainda que os espaços em branco constantes deste TCIE foram preenchidos antes de sua assinatura e que, portanto, nada foi acrescentado sem que houvesse seu conhecimento prévio, tendo recebido com antecedência, levado consigo e trazido posteriormente.

De modo a evitar dúvidas futuras por quaisquer das partes envolvidas, no que tange a autenticidade deste documento, o mesmo será assinado pelo paciente ou seu responsável e por testemunhas de sua confiança e todas as páginas deverão ser rubricadas pelo paciente ou seu responsável.

Caso possua plano de saúde conveniado com esta clínica:

Declaro ser possuidor do plano de saúde _____ de categoria _____ e ter tomado conhecimento que o seu plano de saúde possui a cobertura do procedimento oftalmológico CIRURGIA DE CATARATA (Facectomia por Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular) – Cód. TUSS 3.03.06.02-7 previamente acordado mediante contrato havido entre ele(a) e sua Operadora de Plano de Saúde.

1) Declaro estar ciente que terá as seguintes despesas inerentes ao procedimento cirúrgico:

honorários de anestesista

honorários de instrumentadora cirúrgica

honorários de cirurgião e auxiliar

E receberei os recibos desses profissionais e documentos necessários para apresentar ao plano de saúde para reembolso.

2) Declaro ter tomado conhecimento que o seu plano de saúde pagará um determinado valor:

na conta hospitalar

através de reembolso

Este valor é estabelecido pelo próprio plano para a aquisição de uma lente intraocular suficiente para a correção da catarata, conforme determinação da Agência Nacional de Saúde – ANS no PARECER TÉCNICO N° 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016 , que caso venha optar por lente intraocular diversa (lente para implante secundário, lente para micro-incisão, lente esférica, lente tórica ou lente multifocal), de custo superior ao pago por sua Operadora, todo custo adicional será de sua responsabilidade, e que a sua Operadora de Plano de Saúde não lhe reembolsará quantia além da estabelecida em contrato.

Rio de Janeiro, ____/____/____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ACOMPANHANTE – NOME E CPF

Ass. Médico (a) Assistente e Carimbo