

# Termo Consentimento Informado e Explicado – CIRURGIA REFRATIVA assistida por LASER de Femtosegundo

Por este instrumento particular o  
(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, ou seu responsável  
Sr.(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_, para proceder  
as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado  
de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico  
designado **CIRURGIA REFRATIVA**.

Declara ainda que em relação à sua doença ocular e ao  
tratamento proposto, teve chance de conversar com o médico  
responsável e sua equipe para esclarecer dúvidas, de modo  
que encontra-se ciente e informado (a) sobre os seguintes  
aspectos:

Apesar da cirurgia  
proposta \_\_\_\_\_ ser

considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais eficazes e  
seguros do mundo, a mesma possui riscos de complicações  
oculares como infecção, alterações cicatriciais, hipo-correção,  
hipercorreção, olho seco, dificuldade visual noturna, e ectasia  
corneal . Em algumas destas situações será necessário o re-  
tratamento cirúrgico com laser ou tecnica diversa, como  
transplante de cornea, assim como o uso de oculos ou lentes  
de contato. Mesmo que se aplique todos os meios

disponíveis à oftalmologia atual, excepcionalmente não será possível atingir a mesma acuidade visual obtida com óculos ou lentes de contato antes da cirurgia.

Assume ter ouvido de seu médico assistente uma explicação minuciosa e realista com base na literatura médica e experiência do cirurgião, do que se pode esperar da mesma, 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.

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 e por testemunha de sua confiança.

Declara também ser possuidor do plano de saúde ..... de categoria ....., e ter tomado conhecimento que o seu plano de saúde possui a cobertura do procedimento oftalmológico \_\_\_\_\_ previamente acordado mediante contrato havido entre ele(a) e sua Operadora de Plano de Saúde.

Informa ainda ter tomado ciência da existência de uma nova técnica, NÃO COBERTA PELO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS, por nome LASER de FEMTOSEGUNDO e que caso venha optar por este método, a diferença no custo, será de sua responsabilidade, sabendo desde já que seu plano de saúde possivelmente não lhe reembolsará por qualquer quantia adicional.

Data:.....

Local: .....

Assinatura do Paciente:

.....

Testemunha1:

.....

Testemunha2:

.....

*(Obs.: As duas testemunhas devem ser necessariamente da parte do paciente.)*