

**COMISSÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DO CONSELHO
BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA**

(MODELO)

Declaração de Reembolso de Lente Intraocular

Eu, _____,
portador(a) da identidade número _____, expedida pelo
_____ e do CPF _____, residente e
domiciliado (a) à _____,
beneficiário do plano de saúde _____, sob o
número _____, declaro estar ciente de que o valor de
cada lente intraocular coberta é de R\$ ____ (_____).

Declaro, ainda, estar ciente de que se eu optar por outra de valor superior
a esse mencionado anteriormente contratado a(s) lente(s)
particularmente, o reembolso por essa operadora de planos de saúde
estará limitado àquele valor coberto por cada lente implantada.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) beneficiário (a)