

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG _____ e CPF _____, residente a _____, o(a) qual serei submetido(a) à cirurgia de _____ olho _____, pelo método de _____ pelo Dr _____, através do convênio médico _____ fui devidamente informado (a) de maneira clara e objetiva sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado, e também sobre as técnicas cirúrgicas disponíveis atualmente. Sendo que, o valor que o convênio _____ paga pelo método convencional que consta no Rol da ANS, mediante Resolução Normativa nº 262 de 2012) **é de R\$ _____, _____ (VALOR POR EXTENSO).** Assim de livre e espontânea vontade a decisão única e pessoal de optar pela técnica _____ o qual terei que arcar financeiramente com o valor de **R\$ _____, _____ (VALOR POR EXTENSO)**, pois, de acordo com a Resolução Normativa _____, meu convênio _____ deve cobrir, obrigatoriamente, a técnica cirúrgica _____ para o meu tratamento, constante no Rol da ANS, em vigor a partir de janeiro de 2012 . Portanto, sendo esta a expressão da verdade, nada mais a declarar.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 2.0_____

(nome paciente por extenso)