



## SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA REFRACTIVA/TERMO DE EXONERAÇÃO

DADOS DO PACIENTE			
Nome	Cod.Cabesp		
Data de Nascimento  ____/____/____	Idade	Fone Contato  ( ) _____	
DADOS DO MÉDICO			
Nome	CRM		
Fone Contato  ( ) _____	FAX  ( ) _____		
CONDIÇÕES VISUAIS PRÉ-CIRÚRGICAS			
Olho Direito	<input type="checkbox"/> Miopia	<input type="checkbox"/> Hipermetropia	<input type="checkbox"/> Astigmatismo
Dioptria:	_____		
Olho Esquerdo	<input type="checkbox"/> Miopia	<input type="checkbox"/> Hipermetropia	<input type="checkbox"/> Astigmatismo
Dioptria:	_____		
CIRURGIAS ANTERIORES			
Já realizou cirurgia refrativa anteriormente?			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____      Data: ____/____/____      Dr: _____			
LOCAL PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA			
Hospital: _____			

A CABESP, baseada nos dados acima descritos, avaliará a possibilidade de autorização do procedimento. A CABESP reserva-se no direito de solicitar segunda opinião por equipe diferente da primeira, sempre que julgar necessário.

Se aprovada a solicitação, será emitida a autorização que cobrirá todo o tratamento, incluindo os exames pré e pós operatórios, o ato cirúrgico propriamente dito e eventuais retoques.

Não caberá cobertura para possíveis repetições do procedimento em qualquer outra ocasião.

Considerando-se que os resultados obtidos possam não corresponder às expectativas do paciente, a CABESP declara-se isenta de qualquer responsabilidade advinda ou relacionada com a cirurgia.

A CABESP não dará cobertura para pacientes menores de 18 anos.

Declaro que considero suficientes e adequadas as informações e orientações fornecidas pelo médico em referência, a respeito desta cirurgia.

Declaro estar ciente e de acordo com os termos deste documento.

Assinatura e carimbo do médico	Assinatura e documento de identificação (RG) do paciente