



# TERMO DE CIÊNCIA PARA LENTE INTRAOCULAR Pagamento Direto em Conta Hospitalar



Eu, \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_,  
(Nome do(a) Beneficiário(a) TRT5-Saúde)

declaro ter tomado conhecimento de que o TRT5-Saúde cobre o valor máximo de R\$450,00 para lente intraocular usada na cirurgia de “Facectomia com lente intraocular com ou sem facoemulsificação”. Este valor será pago diretamente pelo TRT5-Saúde ao prestador de Serviço. Declaro ainda ter ciência de que, caso eu venha a optar por uso de lente intraocular com valor superior a R\$450,00, o custo adicional será de minha responsabilidade e que esta despesa não se enquadra nos critérios de reembolso do TRT5-Saúde.

Salvador/BA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Beneficiário TRT5-Saúde)