TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

YAG laser - Capsulotomia

O paciente _____ portador do RG sob nº _____ e CPF/MF nº _____, residente na rua _____, através de seu médico _____, portador do CRM/____ sob nº _____, solicitou a realização do procedimento denominado *"YAG laser - Capsulotomia".*

A Unimed de XXXXXX ciente da sua corresponsabilidade em autorizar o referido procedimento e ciente que há risco de maior incidência de edema macular cistóide caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 6 meses decorridos da cirurgia de catarata, fez uso de pareceres dos médicos auditores contratados pela operadora.

Portanto, após reiterado tanto ao paciente como seu responsável legal acerca do risco de maior incidência de edema macular cistóide (EMC) caso a capsulotomia seja realizada em período inferior a 6 meses decorridos da cirurgia de catarata, e mesmo assim, optam os mesmos pela realização, a **Unimed de xxxxx irá autorizar o procedimento solicitado, porém se isenta de quaisquer responsabilidades, tanto extrajudicial quanto judicialmente.**

ASSIM, APÓS SER PREVIAMENTE ADVERTIDO E ESCLARECIDO PELA UNIMED DE XXXXXX, DOS RISCOS DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO, EU, _____, ASSUMO TODOS OS RISCOS DECORRENTES DA LIBERAÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER AUTORIZADO PELA UNIMED, ISENTANDO A MESMA TOTAL E PLENAMENTE, DE QUALQUER TIPO DE RESPONSABILIDADE .

Por ser expressão da minha vontade, firmo a presente, na presença das testemunhas que abaixo assinam para que surta os jurídicos e legais efeitos.

_____, _____de _____ de 2016.

_____

Nome Legível do Beneficiário ou Responsável Legal
CPF/MF:_____
RG:_____

_____

Médico Assistente
CRM E CARIMBO

Testemunhas:

Nome:_____
RG:
CPF/MF:

Nome:_____
RG:
CPF/MF: