

**TERMO DE CONSENTIMENTO - TRATAMENTO OCULAR****INFORMAÇÕES DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

Nome do(a) beneficiário(a) - (Completo e sem abreviação):		Estado Civil:	
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:	
CPF:	Data de Nascimento:		
Telefone celular:	Telefone com./res.:		
Endereço:		CEP:	
Bairro:	Cidade:	UF:	
E-mail:			

**PROCEDIMENTO PROPOSTO**

EXCIMER LASER (PRK OU LASIK)       OUTRO . QUAL? \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO****Declaração do Médico Assistente:**

Declaro que sou responsável pela indicação e realização do procedimento acima indicado e pela observância de todas as diretrizes competentes.

Declaro, ainda, sob as penas da Lei, que foram cumpridas todas as exigências, e que, portanto, não há quaisquer impedimentos à realização do procedimento solicitado pelo(a) beneficiário(a), conforme acima indicado.

**Declaração do Paciente:**

Autorizo a realização da cirurgia proposta em meus olhos e estou de acordo com os itens abaixo:

- Afirmando ter sido orientado em relação à cirurgia, suas limitações e possíveis complicações; e
- Estou ciente de que meu tratamento segue determinação de um protocolo clínico aprovado pelos órgãos competentes.

Ademais, entendo que esta cirurgia tem a finalidade de colocar minha visão sem óculos o mais próximo da normalidade e estou consciente de que a cirurgia proposta destina-se a reduzir o erro refracional de que sou portador, mas sei também que existe a possibilidade de nova intervenção cirúrgica e de ter que seguir usando óculos ou lentes de contato.

Afirmando ter conhecimento de que pacientes míopes, especialmente os de alta miopia, tem predisposição e, portanto, maiores possibilidades de ter descolamento de retina e hemorragias maculares independente da cirurgia proposta.

Por fim declaro ter sido informado(a) de todas as possíveis complicações do procedimento, as quais estou de acordo.

**Proteção de Dados Pessoais:**

Os dados informados são necessários para implementação da solicitação e serão tratados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do Economus disponível em <https://www.economus.com.br/lcpd/> e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Quando necessário para cumprimento da solicitação ou execução do contrato com Economus, os dados pessoais coletados neste documento poderão ser compartilhados com fornecedores, hospitais parceiros e autoridades que atuam em nome da entidade. Mediante requerimento, o titular de dados ou o seu responsável legal, poderá exercer os direitos regulados pelo art. 18 da LGPD, a exemplo da confirmação da existência de tratamento, acesso aos dados e correção de dados inexatos.

**Tratamento de dados pessoais de menores (SE APLICÁVEL):**

Declaro ser responsável legal do menor acima indicado, nos termos no art. 14, §1º, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade das informações prestadas.

Não sou responsável legal do menor acima indicado, mas comprometo-me a apresentar Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelo responsável deste.

**ASSINATURAS**

Local e Data:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da Beneficiária

Assinatura de Médico e Carimbo

**ANS – Nº 34261-1**