



OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

PROTOCOLO: 002 - REVISÃO 1

DEPTO RESPONSÁVEL: COMISSÃO NSP

DATA ELABORAÇÃO: 26/10/2022

FINALIDADE

A finalidade deste protocolo é determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso do *checklist* de Cirurgia Segura (Anexo I), baseado na Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

O *checklist* de Cirurgia Segura consiste em uma lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar o cumprimento às etapas críticas de segurança e, assim, minimizar os riscos evitáveis mais comuns que colocam em risco as vidas e o bem-estar dos clientes cirúrgicos.

ABRANGÊNCIA

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado no Centro Cirúrgico, para todo procedimento realizado, pela equipe de enfermagem e confirmação da equipe médica, em todos os pacientes (adultos e infantil) submetidos à procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo e de urgência que implicam em incisão, excisão, manipulação e sutura de tecidos.

RESPONSABILIDADES

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- Conhecer o presente Protocolo e as medidas que garantem a promoção da cirurgia segura.
- Compartilhar os conhecimentos interprofissionais específicos e comuns em colaboração no planejamento, na execução e na avaliação das intervenções, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, para a tomada de decisão.
- Envolver o paciente e sua família no planejamento diário dos cuidados.





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

- Confirmar a identificação do paciente em todos os procedimentos a serem realizados.
- Participar frequentemente de educações continuada.
- Participar ativamente na condução e registro do *Checklist* de Cirurgia Segura (Anexo I).
- Notificar qualquer risco identificado e evento adverso ocorrido no formulário disponível através de QR Code que direciona para o preenchimento através do Google Formulários.

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL TÉCNICO

- Supervisionar os cuidados prestados e o cumprimento de todas as etapas do *Checklist* de Cirurgia Segura.
- Realizar/providenciar o levantamento dos indicadores de segurança/qualidade.

MÉDICO CIRURGIÃO

- Realizar consulta ambulatorial.
- Esclarecer ao cliente e familiares sobre os riscos cirúrgicos, e se consentida a cirurgia, providenciar a assinatura do Termo de Consentimento para Procedimentos Cirúrgicos (Anexo II).
- Orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na demarcação de sítio cirúrgico no pré-operatório, e se responsabilizar pela mesma.
- Prescrever os cuidados pré e pós operatórios.
- Prescrever a antibioticoterapia profilática, quando necessário.
- Informar a equipe interprofissional sobre os riscos e pontos críticos do procedimento cirúrgico no intraoperatório.
- Conduzir/realizar o procedimento cirúrgico.

MÉDICO AUXILIAR

- Preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados.
- Preparar o instrumental cirúrgico de acordo com o tipo de cirurgia.
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais utilizados.





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

- Realizar consulta pré-anestésica, quando necessário (paciente pediátrico, pacientes especiais, cardiopatias graves e doenças pulmonares).
- Decidir e aplicar o anestésico mais indicado.
- Checar o aparelho de anestesia, no intraoperatório.
- Informar a equipe interprofissional sobre os riscos e pontos críticos no procedimento cirúrgico (via aérea difícil, risco de aspiração e alergias conhecidas).
- Promover a monitorização por oxímetro de pulso do paciente, no intraoperatório.
- Atentar ao manejo e recuperação, garantindo a estabilidade do estado geral do paciente.
- Avaliar e dar alta ao paciente.

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

- Garantir que os cuidados pré-operatórios e a organização do prontuário estejam adequados, antes de encaminhar o paciente ao local em que será realizado o procedimento cirúrgico.
- Realizar ou supervisionar a equipe de enfermagem no preenchimento do *Checklist* de Cirurgia Segura em suas diferentes etapas (Preparo do cliente; Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica e Antes do cliente sair da sala operatória).
- Gerenciar os recursos humanos de enfermagem e materiais necessários na sala operatória.
- Capacitar a equipe de enfermagem para prestar uma assistência que garanta a segurança do paciente no perioperatório.
- Realizar a conferência e o registro do *Checklist* de Cirurgia Segura de acordo com cada etapa.





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Implementar as intervenções para o pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório prescritas e/ou estabelecidas em rotina.
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência durante a assistência prestada.
- Realizar a conferência e o registro do *Checklist* de Cirurgia Segura de acordo com cada etapa.
- Preparar e montar a sala operatória com materiais e equipamentos de acordo com o procedimento a ser realizado e os riscos cirúrgicos levantados.
- Conferir a integridade, a quantidade e a validade dos materiais a serem utilizados, antes da cirurgia.
- Fixar as etiquetas de esterilização no prontuário.
- Monitorar e acompanhar o paciente, quando o mesmo for encaminhado para a SRPA.

OPERACIONALIZAÇÃO DO *CHECKLIST* DE CIRURGIA SEGURA

- O *Checklist* de Cirurgia Segura integra a verificação das medidas críticas gerias de segurança nas etapas pré-operatória e intraoperatória em três momentos, descritos a seguir:
 - ✓ Antes do encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico;
 - ✓ Antes da indução anestésica e incisão cirúrgica (conduzida e registrada na sala operatória);
 - ✓ Antes do paciente sair da sala de operação (conduzida e registrada na sala operatória).
- O *Checklist* de Cirurgia Segura deverá ser conduzido no intraoperatório por um único profissional e na presença de toda equipe cirúrgica, cabendo a todos o envolvimento e responsabilidade compartilhada.
- O condutor do *Checklist* de Cirurgia Segura no intraoperatório deverá solicitar a confirmação do cumprimento às medidas essenciais de segurança à equipe e registrar. Caso algum item do *Checklist* não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida para uma





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

tomada de decisão, que poderá ser até o cancelamento da cirurgia. As observações, justificativas e não conformidades deverão ser registradas no verso do *Checklist* de Cirurgia Segura e no prontuário.

- O profissional responsável pela condução do *Checklist* de Cirurgia Segura no intraoperatório (sala operatória) será a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico designado para exercer a função de circulante de sala.

Em situações especiais, qualquer membro da equipe interprofissional cirúrgica poderá assumir a responsabilidade em conduzir o *Checklist* de Cirurgia Segura.

- O *Checklist* preenchido deverá ser arquivado no prontuário, com as assinaturas do profissional de enfermagem responsável, do médico anestesista e cirurgião.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PARA CIRURGIA SEGURA

PRÉ-OPERATÓRIO

- ***Paciente em consulta ambulatorial com indicação de cirurgia:***

1° - Médico Cirurgião:

- ✓ Checar história e exames complementares que motivem a indicação cirúrgica: biopsias/anatomopatológicos, exame de imagem e avaliação clínica;
- ✓ Solicitar os exames pré-operatórios, de acordo com as patologias associadas ao paciente;
- ✓ Preencher ou solicitar à secretária documentação institucional para autorização do procedimento.

2° - Médico Anestesiologista:

- ✓ Realizar consulta pré-anestésica quando solicitado;





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

✓ Analisar história clínica detalhada e exame físico geral e de vias aéreas e checagem dos exames pré-operatórios solicitados.

3° - Médico Cirurgião:

✓ Checar os exames pré-operatórios e avaliação anestésica quando solicitada e, caso o paciente esteja apto a cirurgia, prosseguir com o fluxo, explicar sobre o procedimento, e após, se consentido, solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cirúrgico;

✓ Orientar sobre os cuidados do pré-operatório mediato e imediato.

• **Preparo pré-operatório:**

1° - Identificação do paciente (responsabilidade de execução: recepção)

✓ Confirmar a identificação do paciente por meio da etiqueta colada na roupa, dos dados de identificação no prontuário e pela confirmação verbal do paciente, se possível.

Obs.: Em casos de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir a função de identificação.

O paciente não deverá ser encaminhado ao Centro Cirúrgico sem etiqueta de identificação ou com a mesma com a integridade prejudicada.

2° - Jejum, quando solicitado (responsabilidade pela prescrição: Médico cirurgião e anestesiologista)

✓ Orientar previamente ao cliente sobre a necessidade e o tempo de jejum prescrito, conforme procedimento;

✓ Monitorizar a glicemia capilar (quando necessário e solicitado pelo médico anestesiologista) e observar sinais de hipoglicemia (sudorese, tremores, palidez, náuseas, etc.).





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

Obs.: Informar ao médico cirurgião e anestesiolista qualquer não conformidade quanto ao cumprimento do tempo de jejum, tanto para mais quanto para menos, e presença de eventos indesejados. Registrar a orientação e conduta no prontuário.

3°- Demarcação de lateralidade (responsabilidade pela solicitação e conferência: Médico Cirurgião, responsabilidade pela execução: Enfermagem seguindo ordens médicas)

- ✓ Realizar a demarcação do sítio cirúrgico em casos de lateralidade (direito e esquerdo);
- ✓ Realizar a demarcação do sítio cirúrgico com o símbolo “X” sobre a pele, acima da sobrancelha;
- ✓ Utilizar marcador permanente específico (caneta dermatográfica) para a demarcação do sítio cirúrgico;
- ✓ Realizar a demarcação, preferencialmente com o consentimento do paciente e confirmação do local pelo mesmo.

4° Organização do prontuário (responsabilidade de encaminhamento para Centro Cirúrgico: recepção, responsabilidade pela execução: Enfermagem)

O prontuário deverá ser encaminhado ao Centro Cirúrgico, constando:

- ✓ Dados de identificação do paciente (ficha do paciente impressa pelo sistema Doctor's);
- ✓ Termos de consentimentos (cirúrgico, lio, anel intra-estromal - ANEXO II, III E IV) informados e devidamente assinados;
- ✓ Resultados laboratoriais, de biópsia e de imagem (quando aplicável);
- ✓ Documentos diversos (guias autorizadas).





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

INTRAOPERATÓRIO

• **Recepção do paciente no Centro Cirúrgico** (responsabilidade pela execução: Enfermagem)

✓ Confirmar a identificação do paciente (nome completo, número do prontuário e data de nascimento), por meio da tripla checagem (etiqueta, identificação no prontuário e confirmação com o próprio paciente ou responsável) e comparar as informações com o mapa cirúrgico.

✓ Confirmar o cumprimento dos cuidados pré-operatórios prescritos no *Checklist* de Cirurgia Segura e a apresentação da documentação obrigatória, conforme descrito na organização do prontuário.

✓ Encaminhar o paciente à sala operatória, previamente preparada de acordo com o procedimento programado. Orientar e acomodar o paciente.

• **Na sala de cirurgia** (responsabilidade pela execução: Equipe Interprofissional)

✓ O condutor do *Checklist* de Cirurgia Segura, em voz alta, junto a toda equipe presente, deverá solicitar aos profissionais que se apresentem informando o nome completo e a função, e ao paciente que se apresente informando o nome completo, a data de nascimento, o procedimento cirúrgico e o local da cirurgia, caso seja capaz de responder. E a seguir, direcionará aos profissionais para que confirmem, confirmem e informem a realização dos pontos críticos para a cirurgia segura.

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

• **Admissão na SRPA, quando necessário** (responsabilidade pelo encaminhamento: Médico anestesiológico, responsabilidade pelo acompanhamento: Equipe Interprofissional)

✓ Implementar cuidados relacionados: admissão e acolhimento, administração de medicamentos, controle da dor e promoção de conforto, manutenção da integridade da pele e segurança dos dispositivos, avaliação da ferida operatória, orientações e monitorização dos sinais vitais.





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

- **Alta da SRPA** (*responsabilidade pela execução: Médico Anestesiologista*)

- ✓ O estado geral do paciente deverá ser avaliado detalhadamente.

- ✓ Como critério para alta da SRPA, os sinais vitais devem estar estáveis, saturação de oxigênio maior que 90%), vômitos e náuseas controlados e aplicar o índice de *Aldrete* e *Kroulik* para estabelecer os critérios de alta da SRPA, o valor deve ser maior ou igual a 8.

MÉTRICAS DE MONITORAMENTO

- Número de cirurgias em local errado/mês e ano
- Número de cirurgias em paciente errado/mês e ano
- Número de procedimentos errados/mês e ano
- Taxa de adesão completa ao *Checklist* de Cirurgia Segura





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEXO 03: PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA. 2013 – Disponível em: [file:///C:/Users/ENFERMAGEM/Downloads/protc_cirurgiaSegura%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ENFERMAGEM/Downloads/protc_cirurgiaSegura%20(1).pdf)
- EBSEH. CIRURGIA SEGURA: Protocolo Multiprofissional. 2021 – Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/Cirurgia_Segura_v2_finalcorreto.docx.pdf
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasil: ANVISA, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. Protocolo para cirurgia segura. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de Implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS. 2009





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTA

HISTÓRICO DE REVISÃO

- Revisão e atualização de conteúdo e referências.
- Reestruturação do *Checklist* de cirurgia segura.

Estruturado por: Rafaella Mahler Ribeiro Fernandes – Enfermeira Responsável Técnica (RT) do Estabelecimento	Data: 10/2022
Revisão: Rafaella Mahler Ribeiro Fernandes – Enfermeira Responsável Técnica (RT) do Estabelecimento	Data: 03/2023





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

Anexos








OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

ANEXO I

		OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA CNPJ.: 01.609.274/0001.45 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282 INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0	
Nome completo: _____		Data procedimento: / / _____	
Data nascimento: / / _____		Procedimento cirúrgico: _____	
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA			
PRÉ-OPERATÓRIO			
Antes do encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico : horas			
Paciente com etiqueta de identificação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Verificação de segurança anestésica concluída <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento	
Sítio demarcado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		O paciente possui: Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Prontuário completo: Ficha do paciente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Termo Consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Guias autorizadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Via aérea difícil/risco de aspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamento/assistência disponíveis Acesso venoso adequado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
INTRAOPERATÓRIO			
Antes da indução anestésica e da incisão cirúrgica			
<input type="checkbox"/> Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função			
Apresentação do paciente (nome completo, data nascimento, procedimento cirúrgico, local da cirurgia) <input type="checkbox"/> Cirurgião, anesthesiologista e enfermeiro confirmam verbalmente: identificação do paciente, sítio cirúrgico e procedimento			
Eventos críticos previstos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (relatar e discutir plano de intervenção)			
R: <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Antes do paciente sair da sala operatória			
Etiquetas de esterilização fixadas no prontuário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Presença de não conformidade? <input type="checkbox"/> Sim (relatar e registrar no relatório cirúrgico e notificar - NSP) <input type="checkbox"/> Não			
Paciente apresenta pontos críticos na recuperação pós-anestésica? <input type="checkbox"/> Sim (relatar e registrar no relatório cirúrgico) <input type="checkbox"/> Não			
Registro completo do procedimento intraoperatório? <input type="checkbox"/> Descrição cirúrgica <input type="checkbox"/> Prescrição médica <input type="checkbox"/> Relação de consumo de materiais <input type="checkbox"/> Relatório Cirúrgico			
ASINATURA E CARIMBO MÉDICO CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMAGEM			
 Travessa Sátyro Silva Oliveira, 136 – Centro – Uberaba – MG – CEP: 38010-420  www.ofthalmocentrouberaba.com.br			



OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

ANEXO II



TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO RELACIONADO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO E INVASIVOS DE DIAGNÓSTICO OU TERAPIA

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre os aspectos relacionados ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) será submetido(a).

NOME DO PACIENTE: _____

DATA NASC.: ____/____/____ SEXO: FEMININO MASCULINO

RG/CPF.: _____

RESPONSÁVEL LEGAL (SE NECESSÁRIO):

NOME: _____

DATA NASC.: ____/____/____ SEXO: FEMININO MASCULINO

RG/CPF.: _____ GRAU PARENTESCO: _____

1 - Autorizo o(a) Dr. (a) _____ ou outro membro da equipe do Oftalmocentro a realizar na minha pessoa o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) e/ou invasivo(s), diagnóstico ou terapêutico:

2 - A proposta do procedimento cirúrgico e/ou invasivo a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.

3 - Reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas sim que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis neste serviço para ser alcançado o melhor resultado.

4 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5 - Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

6 - Confirmando que fui informado, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos.

Uberaba, ____ de ____ de ____.

Paciente e/ou Representante legal

Expliquei todo o procedimento cirúrgico/invasivo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, seus benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

carimbo/assinatura médico





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

ANEXO III



OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA
CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENT0

 **34-3331-6100**
 **34-99806-1209 (agendamento)**
 oftalmocentro@oftalmocentrouberaba.com.br

TERMO DE CIÊNCIA – LENTE INTRAOCULAR – PAGAMENTO DIRETO EM CONTA HOSPITALAR

Eu _____ portador(a) da
identidade nº _____ CPF: _____ residente e domiciliado(a)
nº _____
cidade _____ CEP: _____ e possuidor(a) do plano de saúde
de categoria _____, declaro ter tomado
conhecimento que o meu plano de saúde cobre integralmente as Lentes Intraoculares (LIOS)
com a finalidade de resolver exclusivamente a substituição do cristalino opacificado
(catarata), ou seja, as LIOS de característica “**monofocal esférica**”, usadas nos procedimentos
de Facetomia com Lente Intraocular com ou sem Facoemulsificação (3.03.06.03-5 e
3.03.06.02-7) quando devidamente registradas na ANVISA. O valor referente a esta lente que
é de R\$ _____ (_____)
será pago diretamente pela Operadora ao Prestador de Serviço.

**Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por outra lente
cuja finalidade não seja exclusivamente a correção da catarata e que, portanto, fuja da
cobertura obrigatória, e seja de custo superior ao pago pela minha Operadora de Plano
de Saúde, todo custo adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não
me reembolsará qualquer quantia adicional.**

Estas lentes intraoculares opcionais seriam:

- 1 – Lente Intraoculares esféricas – para corrigir aberrações ópticas oculares;
- 2 – Lentes Intraoculares tóricas – para corrigir astigmatismo;
- 3 – Lentes Intraoculares multifocais – para corrigir:
 - a. Múltiplas distâncias de foco;
 - b. Diferentes distâncias de foco;
 - c. Mais de uma distância de foco.

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável.

Testemunhas:

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF.: _____

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF.: _____





OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA

CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

ANEXO IV



OFTALMOCENTRO UBERABA LTDA
CNPJ.: 01.609.274/0001.45
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 58282
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

 **34-3331-6100**
 **34-99806-1209 (agendamento)**
 oftalmocentro@oftalmocentrouberaba.com.br

TERMO DE CIÊNCIA – ANEL INTRA ESTROMAL – PAGAMENTO DIRETO EM CONTA HOSPITALAR

Eu _____ portador(a) da
identidade nº _____ CPF: _____ residente e domiciliado(a)
nº _____
cidade _____ CEP: _____ e possuidor(a) do plano de saúde
_____ de categoria _____, declaro ter tomado
conhecimento que o meu plano de saúde cobre um valor do Implante Anel Intra Estromal que
é inferior ao custo do mesmo conforme comprovado a minha pessoa através de documentos e
que sobre o valor de custo ainda incidem margem de comercialização e impostos, sendo o
valor coberto de R\$ _____ (_____)
será pago diretamente pela Operadora ao Prestador de Serviço.

**Declaro ainda ter tomado ciência e concordado que, caso eu venha optar por realizar o
procedimento de Implante de Anel Intra Estromal, deverei arcar com os custos
adicionais que fujam da cobertura do Plano de Saúde, sendo estes custos superior ao
pago pela minha Operadora de Plano de Saúde ao prestador do serviço, todo custo
adicional será de minha responsabilidade, e que a Operadora não me reembolsará
qualquer quantia adicional.**

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável.

Testemunhas:

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF.: _____

Assinatura: _____
Nome: _____
CPF.: _____

