



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
POLICLÍNICA MILITAR DE PORTO ALEGRE



ANEXO J

TERMO DE OPÇÃO DE LENTES
(CIRURGIA DE FACECTOMIA)

Eu _____
_____, beneficiário(a) do sistema FUSEx (SAMMED / PASS e Ex-COMBATENTE), RG
nº _____ expedido pelo(a) _____, CPF
Nº _____ residente e domiciliado à rua _____
_____, nº _____

Complemento _____, faço a opção de _____
(UTILIZAR / NÃO UTILIZAR) lente intra ocular fornecida pelo sistema FUSEx/PMPA (SAMMED /
PASS e Ex-COMBATENTE) na cirurgia de facectomia a ser realizada na OCS:

Guia de encaminhamento nº _____.

Declaro estar ciente que caso opte pelo uso de lente intra ocular não coberta pelo sistema, terei
que arcar com as despesas relativas a referida lente, **NÃO CABENDO RESSARCIMENTO DE
VALORES.**

_____ - RS, de _____ de _____ de 20 _____.

(Nome completo e assinatura do beneficiário ou responsável)
(FUSEx / SAMMED / PASS e Ex-COMBATENTE)