

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE CIRURGIA REFRACTIVA

Associado/beneficiário	Idade	Matrícula/dependente
------------------------	-------	----------------------

Condições Visuais Anteriores à Cirurgia Solicitada

OLHO DIREITO Dioptria:	() Miopia	() Hipermetropia	() Astigmatismo
---------------------------	------------	-------------------	------------------

Informações adicionais

OLHO ESQUERDO Dioptria:	() Miopia	() Hipermetropia	() Astigmatismo
----------------------------	------------	-------------------	------------------

Informações adicionais

Cirurgias Refrativas Realizadas Anteriormente

Já realizou cirurgia refrativa anteriormente?

() NÃO

() SIM, conforme abaixo:

OLHO DIREITO : () Miopia () Hipermetropia () Astigmatismo Data: ____/____/____

OLHO ESQUERDO: () Miopia () Hipermetropia () Astigmatismo Data: ____/____/____

Informações adicionais:

----- Local ----- / / ----- Assinatura/Carimbo do Médico-Assistente -----

Importante: favor anexar cópias de exames / pareceres e outros documentos necessários para análise. Por tratar-se de informações sigilosas, encaminhar o material referente a esta solicitação utilizando envelope lacrado, aos cuidados da Divisão de Auditoria Médica da CAPESESP.

RESERVADO À CAPESESP

Autorizado Pendências Indeferido

Observações: -----

----- Local ----- / / ----- Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor -----