

TERMO DE CIÊNCIA COBERTURA DE CPAP

Eu _____ portador (a) do documento de identidade nº. _____, inscrito (a) no CPF sob o nº. _____, beneficiário do plano de saúde **ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA COPASA - COPASS SAÚDE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.202.035/0001-15, Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 41.656-8, estabelecida na Rua Carangola, nº 531, Bairro Santo Antônio, na cidade de Belo Horizonte / MG, CEP 30.330-240, DECLARO, para os devidos fins de direito que fui devidamente informado (a) pela Operadora de Saúde **ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA COPASA - COPASS SAÚDE** sobre os critérios de cobertura do equipamento CPAP:

- o equipamento CPAP não está contemplado no ROL de procedimentos e eventos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sendo, no entanto, uma cobertura adicional ofertada pela Copass Saúde através da liberalidade do Conselho de Gestão;
- para solicitação de cobertura deverá ser encaminhado à Copass Saúde: solicitação médica com justificativa e especificação da pressão para uso do CPAP; exame de polissonografia e com titulação de CPAP;
- após autorização do médico auditor da Copass Saúde deverá ser realizado o teste de adaptação ao uso do aparelho CPAP por um período contínuo de 30 dias, com tempo mínimo de 4 horas de utilização por noite, sendo de responsabilidade do beneficiário a locação e custeio das despesas;
- após o período de adaptação deverá ser encaminhado à Copass Saúde o registro da fita de uso emitida pelo aparelho, relatório médico atestando adaptação e modelo ao uso do CPAP, com data, carimbo e assinatura do médico assistente;
- será fornecido 01 aparelho CPAP por vida, modelo **básico/convencional** ou **automático (modelo intermediário)**. Desta forma, a locação e adaptação ao uso do equipamento deverá ocorrer de acordo com os modelos de CPAP ofertados pela Copass Saúde;
- após aprovação final da Copass Saúde, poderá ser solicitado reembolso da máscara e traqueia, modelo **convencional**, adquirida no ato da locação do CPAP. O valor do reembolso será de R\$ 570,00 (quinhentos e setenta reais) isento de coparticipação.

_____, _____ de _____ de 20_____
(Local e data)

CIENTE:

(Beneficiário Titular do Plano)