

São Paulo, dezembro de 2011.

**Prezado Prestador,**

Garantir uma saúde de qualidade é mais que um compromisso para a CAIXA. É a certeza de que todo brasileiro pode ter uma vida saudável. Com este intuito, a **CAIXA SEGUROS SAÚDE** desenvolveu um produto que disponibiliza os melhores seguros médico-hospitalares e odontológicos, com diversas modalidades especialmente desenhadas para famílias e empresas, atendendo a todas as suas necessidades.

A **CAIXA SEGUROS SAÚDE** atuará como tomadora de serviços, utilizando para atendimento toda a capilaridade da rede credenciada **GAMA SAÚDE**.

Cientes da vossa excelente reputação na prestação de serviços de saúde aos nossos beneficiários gostaríamos de convidá-lo a fazer parte de nossa relação de credenciados para atendimento aos beneficiários de nosso plano de saúde.

A base de remuneração a ser utilizada para contratação dos serviços prestados é:

- **Consultas Médicas Eletivas (00.01.001-4)** – R\$ 50,00
- **Tabela de Honorários Médicos** – Tabela CBHPM 3º Ed
- **CH Honorário SADT** : Tabela AMB 92 - R\$ 0,27
- **Sessões de Fonoaudiologia:** R\$ 24,30
- **Sessões de Psicologia:** R\$ 24,30
- **Sessões de Nutrição:** R\$ 25,00
- **Sessões de Terapia Ocupacional:** R\$ 24,30
- **Sessões de RPG:** R\$ 24,30
- **Sessão de Acupuntura:** R\$ 28,30 (Aglhas inclusas)
- **Filme Radiológico** R\$ 21,70 m<sup>2</sup>
- **Medicamentos** - Tabela Brasíndice
- **Materiais** - Tabela SIMPRO

Certos de contar com a avaliação desta proposta seguem “carta-resposta” e “ficha cadastral” que, em caso de aceite da proposta, **devem ser preenchidas e devolvidas através do Fax: 11-2681 - 5848 A/C: Credenciamento CAIXA SEGUROS SAÚDE.**

No caso de aceite, favor observar também os **documentos necessários para o processo de credenciamento:**

PESSOA JURÍDICA
Carta Resposta
Ficha Cadastral
Inscrição Municipal CCM/ ISS
CRM / CRP/ CRF / CREFITO da entidade
Declaração de isenção de impostos / redução de alíquota / cadastro de não contribuinte (somente para PJ) se houver
Comprovante bancário, identificando, nome e número da agência e conta corrente (quando banco Itaú, demais não é necessário)
Tabela de Taxas e Diárias (Hospitais)

PESSOA FÍSICA
Carta Resposta
Ficha Cadastral
Inscrição Municipal CCM/ ISS
CRM / CRP/ CRF / CREFITO do Profissional
Comprovante bancário, identificando, nome e número da agência e conta corrente (quando banco Itaú, demais não é necessário)

O envio destes documentos deve ser realizado até dia **20/01/2012** via correio para o endereço:

**Credenciamento CAIXA SEGUROS SAÚDE**  
 Caixa Postal 44301  
 São Paulo – SP  
 CEP 03658-970

Colocamo-nos à disposição para demais esclarecimentos através do telefones **(11) 2684 – 5925** ou **(11) 2684 – 5928** ou via e-mail **caixaseguros@oside.com.br**.

Atenciosamente,

**Credenciamento  
 CAIXA SEGUROS SAÚDE**



Caixa Postal 44301  
 São Paulo – SP  
 CEP 03689-970  
 Tel. +55 11 2684-5925  
 Fax. +55 11 2681-5848  
 www.oside.com.br