

Ao
Setor de Credenciamento
GAMA SAÚDE

Prezados Senhores,

Vimos, pela presente, manifestar interesse em integrar a rede de prestadores de serviços médico-hospitalares, em fase de prospecção e montagem por parte de V. Sas., para atendimento a nova rede de segurado da **GAMA SAÚDE**.

REDES GAMA SAÚDE: Básica, Básica Plus, Especial, Especial Plus, Executiva, Executiva Plus, Máster, Master Prata e Master Ouro.

REDES CAIXA SEGUROS SAÚDE: Vital GCS, Vital, Melhor GCS, Melhor, Pronto, Completo GCS e Completo.

Declaro, desde já, concordar com as condições de credenciamento e de prestação de serviços oferecidas às quais tive pleno acesso e conhecimento, incluindo o padrão de remuneração, que é.

Consultas Médicas Eletivas (00.01.001-4) – R\$ 42,00

Tabela de Honorários Médicos : Tabela AMB 92 - R\$ 0,30

CH Honorário SADT : Tabela AMB 92 - R\$ 0,28

Filme Radiológico R\$ 21,70 m²

Medicamentos - Tabela Brasíndice

Materiais - Tabela SIMPRO

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)

<input type="checkbox"/> Pessoa Física		<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	
Nome / Razão Social:			
CNPJ / CPF:			
RG (Resp. Técnico):		INSS/PIS	
CRM (Resp. Técnico):		UF:	Expedição:
ISS/CCM:		Nº. CNES:	
Endereço Principal:			
Cidade:		UF:	CEP:
Telefones de Contato:	()		
Representante Legal:			
CPF (Repres. Legal):			
Nº. Banco:		Ag:	CC:

INFORMAR A(S) ESPECIALIDADE(S) A CREDENCIAR

“De Acordo” _____ Data: ____/____/____
(assinatura)



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

ANS Nº 40701-1