

São Paulo, novembro de 2011.

Prezado Prestador,

Com mais de 25 anos de atuação no mercado, a **GAMA SAÚDE** é uma das maiores operadoras especializadas na administração de planos de saúde por pós-pagamento para grandes empresas (custo operacional) e líder na oferta de rede de saúde assistencial complementar e nacional, como apoio para operadoras comerciais de mercado (seguradoras e medicinas de grupo) e para o segmento de autogestões, públicas e privadas.

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:

- **Tabela de Honorários Médicos** – Tabela AMB 92 - R\$ 0,29
- **CH Honorário SADT** : Tabela AMB 92 - R\$ 0,27
- **Consultas Médicas Eletivas (00.01.001-4)** – R\$ 34,00
- **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 m²
- **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 GAMA SAÚDE.**

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

PESSOA JURÍDICA	PESSOA FÍSICA
Carta Resposta	Carta Resposta
Ficha Cadastral	Ficha Cadastral
Inscrição Municipal CCM/ ISS	Inscrição Municipal CCM/ ISS
CRM / CRP/ CRF / CREFITO da entidade	CRM / CRP/ CRF / CREFITO do Profissional
Declaração de isenção de impostos / redução de alíquota / cadastro de não contribuinte (somente para PJ) se houver	Comprovante de Inscrição no INSS/IAPAS e Ultimo pagamento
Comprovante bancário, identificando, nome e número da agência e conta corrente (quando banco Itaú, demais não é necessário)	Comprovante bancário, identificando, nome e número da agência e conta corrente (quando banco Itaú, demais não é necessário)
Tabela de Taxas e Diárias (Hospitais)	

O envio destes documentos deve ser realizado até dia **20/12/2011** via correio para o endereço:

Credenciamento GAMA 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 **gamasaude@oside.com.br**.

Atenciosamente,

**Credenciamento
GAMA SAÚDE**



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