

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**

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.

<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica			
Nome / Razão Social:			
CNPJ / CPF:			
RG (Resp. Técnico):			
CRM (Resp. Técnico):		UF:	Expedição:
Data de Nascimento:	/ /	Ano Formatura:	
INSS/PIS(Resp. Técnico):			
ISS/CCM:		N.º CNES:	
Endereço Principal:			
Cidade:		UF:	CEP:
Telefones de Contato:	()		
Representante Legal:			
CPF (Repres. Legal):			
N.º Banco:		Ag:	CC:

INFORMAR A(S) ESPECIALIDADE(S) A CREDENCIAR

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

ANS N.º 40701-1



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