



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná

***Manual de Procedimentos
Credenciamentos Médicos Subseções***

***Curitiba
Outubro/2009***

Do credenciamento

O credenciamento médico é feito para atendimento aos advogados e seus dependentes devidamente cadastrados na Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná (CAA/PR).

Das autorizações para consulta

O advogado ou seu dependente deverá comparecer a Subseção da Ordem dos Advogados do Paraná (OAB/PR) local para retirar a Guia de Autorização de Consulta Médica.

Da emissão da guia médica

A guia médica (anexo) deverá ser preenchida e assinada pelo funcionário da Subseção, em 3 vias:

1ª via - na cor verde - a ser entregue ao credenciado (médico/clínica) no momento da consulta;

2ª via - na cor azul - permanece em poder do advogado ou dependente estatutário como comprovante da solicitação e pagamento da requisição de consulta médica;

3ª via - na cor branca - deve permanecer como arquivo da Subseção.

No ato da Emissão da Guia Médica a funcionária da Subseção deverá verificar os dados cadastrais do advogado e de seus dependentes na *intranet* ou através do telefone 0800-645-2005.

Do pagamento da consulta à Subseção

O valor a ser recebido pela consulta é R\$ 30,00(trinta reais), e deverá ser cobrado do advogado/dependente no ato da emissão da guia pela Subseção da OAB/PR. Este valor deverá ser depositado em conta corrente da CAA/PR, através do Banco Caixa Econômica Federal, agência 377, conta corrente nº 2515-7;

O comprovante de depósito original deverá ser remetido a CAA/PR, no prazo de 24 horas, através do Relatório de Receita (modelo anexo).

Do envio das Consultas à Curitiba

O conveniado deverá entregar as Guias de Encaminhamento recebidas no momento atendimento e a nota fiscal (quando for o caso) em sua respectiva Subseção, que irá remeter essa documentação à CAA/PR com brevidade.

Solicitações de pagamento de consultas médicas recebidas até o último dia útil do mês referido terão seu pagamento efetuado, através de depósito bancário em conta corrente do credenciado, até o 5º dia útil do mês seguinte.

DOZ ADVOCADOS DO PARANÁ

CAIXA



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná

Regulamento

**Curitiba
Outubro/2009**



REGULAMENTO

para atendimento a advogados, e seus dependentes, junto aos credenciados pela CAA/PR.

I. COMPETE AO ADVOGADO/DEPENDENTE ASSISTIDO:

1. Agendar horário para atendimento e comparecer à consulta portando a Guia de Autorização de Consulta Médica emitida pela Subseção da OAB/PR local.

II. COMPETE AO CREDENCIADO:

1. Não atender sem o recebimento por meio do paciente da Guia de Autorização de Consulta Médica emitida pela Subseção da OAB/PR local;
2. Manter atualizado seus dados cadastrais (endereço, telefone, novas especialidades) para divulgação aos associados da CAA/PR;
3. Entregar na Subseção da OAB/PR, as guias médicas juntamente com a nota fiscal (quando for o caso) correspondente ao valor total a ser pago, dentro do prazo pré-estabelecido para o respectivo pagamento;
4. Priorizar os atendimentos urgentes quando houver, bem como dos pacientes especiais (pessoas com idade acima de 65, gestante e outros);

III. COMPETE A CAA/PR:

1. Efetuar o pagamento ao Credenciado, no prazo estabelecido, do valor estabelecido pelas consultas médicas;
2. Depositar o pagamento em banco, agência e conta corrente que o Credenciado indicar;
3. Glosar eventuais cobranças irregulares de guias médicas preenchidas incorretamente ou emitidas sem autorização.

Guia de Encaminhamento para Consulta Médica

 CAIXA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE _____		
Guia de Encaminhamento		Nº _____
Especialidade	Nome do Credenciado: Dr. _____	Cidade
Validade 10 dias	Nome do Advogado: Dr. _____	Inscrição CAA/PR Nº _____
Parentesco:	Nome do Dependente: _____	Nascimento: ____/____/____
Obs. da CAA/PR		Obs. do Credenciado
AO CREDENCIADO Queira atender o encaminhamento para o ato acima indicado, devolvendo-nos a 2ª via desta guia devidamente assinada, para efeito de pagamento. _____, ____/____/____ _____ Caixa de Assistência dos Advogados	DECLARAÇÃO Declaro que atendi a pessoa encaminhada pela CAA/PR, de acordo com as condições especificadas. _____, ____/____/____ _____ Assinatura do Credenciado	TERMO DE RATIFICAÇÃO Ratifico a declaração do credenciado quanto ao atendimento do serviço requisitado. _____, ____/____/____ _____ Ass. do Advogado ou Responsável Familiar



Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná
Preenchimento da Nota Fiscal

NOME / RAZÃO SOCIAL		CGC / CPF	
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ		76.688.936/0001-19	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	
RUA BRASILINO MOURA, 253 2º ANDAR	CURITIBA	80540-340	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
CURITIBA	(41) 3250-5800	PR	ISENTO