

MARINHA DO BRASIL
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA
RELATÓRIO DE AUDITORIA DE CONTAS

OMH/OMFM:.....OSE:
 Conta/Fatura nº..... Doc. de Envio nº.....
 Data de entrada da fatura na OMH/OMFM/...../.....
 Nome do usuário:NIP.....
 Período:/...../..... a/...../..... Parcial: Não Sim
 Militar da Ativa Militar Inativo Pensionista Dep. Direto Dep. Indireto
 Outros: UTI Day Clinic SADT/SP Consulta Odonto
 Intern. Clín. Inter. Cirúrg. Data-hora da MSG/GAU de Autorização:

(Informar qual o número da parcial)

Diagnóstico/CID X:

	Centro de Consumo	Valor da Glosa	Motivo da Glosa (Código)	Observações	Comentários (USO EXCLUSIVO DA DSM)			
					Valor da Glosa	Código	Observações	
1	Acomodações e Diárias	A)						
		B)						
2	Honorários Médicos	A)						
		B)						
3	Taxas Hospitalares	A)						
		B)						
4	Materiais	A)						
		B)						
5	OPME	A)						
		B)						
6	Medicamentos	A)						
		B)						
7	Dieta	A)						
		B)						
8	SADT/SP	A)						
		B)						
9	Outros	A)						
		B)						
Valor Inicial da Fatura (1)		Total Glosa na OMH/OMFM (2)	Valor (após glosa na OMH/OMFM) (3)	Data / Nome do Auditor ASSINADO DIGITALMENTE	Valor (após glosa da OMH/OMFM) (3)	Valor da Glosa na DSM (4)	Valor Final (após glosa da DSM) (5)	Data/ Nome do Auditor DSM ASSINADO DIGITALMENTE
R\$		R\$	R\$		R\$	R\$	R\$	

USO EXCLUSIVO DA DSM

Data de entrada/...../..... (data de entrada no Departamento-DSM)

Check List Documentação: Completa Incompleta (preencher tabela abaixo)

Tipo de Documento não encaminhado	Data-hora mensagem de solicitação à OM	Nº doc./data entrada doc. complementar enviada pela OM