

**MARINHA DO BRASIL
DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA
RELATÓRIO DE RECURSO DE GLOSA DIGITAL**

Nome OMH/OMFM:OSE:

Conta/Fatura de referência N°.....Doc. de Entrada nº..... Data de entrada/...../.....
(Data de entrada no Departamento-DSM)

Nome do usuário:NIP.....

Período:/...../..... a/...../..... Parcial: N S
(Informar qual o número da parcial)

Diagnóstico/CID X:

	Centro de Consumo	Valor do Recurso de Glosa OM	Motivo/Justificativa da OM	Valor do Recurso de Glosa acatado	Motivo/ Justificativa DSM
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 Final (após glosa da DSM) (5)	Valor da Glosa na DSM (4)	Valor Recursado (6)	Valor Acatado pela DSM (7)	Valor final Acatado após recurso (8) (5+7)
	R\$	R\$	R\$	R\$	
	Total Glosa na OMH/OMFM (2)	ASSINADO DIGITALMENTE	ASSINADO DIGITALMENTE		
	R\$				R\$