



**MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO**

**“ANEXO S” DO EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2025
MODELO DE RELATÓRIO DE AUDITORIA DE CONTAS**

HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO					
OSE:					
Data de entrada da fatura na OMH/OMFM:			Data da auditoria realizada pela OMH/OMFM:		
Conta/Fatura nº					
Documento de Envio:			Tipo de Internação:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Clinica	Cirúrgica
NIP:	Nome do usuário:				
Situação Funcional:			Data-hora mensagem/GAU de autorização:		
Período:			Parcial:		
Diagnóstico/CIDX:			Horário Especial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sim	Não

Centro de Consumo	Valor da Glosa	Motivo da Glosa (Código)	Justificativa/Observações
Acomodação e Diárias			
Honorários Médicos			
Taxas Hospitalares			

Materiais			
OPME			
Medicamentos			
Dieta			
SADT/SP			
Outros			

Valor inicial da Fatura	Total Glosa	Valor (após glosa)

NOME DO RESPONSÁVEL PELA AUDITORIA

Posto

NIP