

**ANEXO R- MODELO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE OPME**



MINISTÉRIO DA DEFESA

MARINHA DO BRASIL

COMANDO DO 9º DISTRITO NAVAL

POLICLÍNICA NAVAL DE MANAUS

<b>DATA</b>			
<b>PACIENTE/TITULAR</b>			
<b>NIP</b>			
<b>PROCEDIMENTO</b>			
<b>HOSPITAL</b>			
<b>MÉDICO SOLICITANTE</b>			
<b>DESCRIÇÃO DE OPME AUTORIZADOS</b>	<b>QTD</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
<b>Total</b>			
<b>ITENS NÃO AUTORIZADOS</b>			

1ª OBS: VALORES SEM TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO DO HOSPITAL. TAXA APLICÁVEL SOMENTE EM CONTA. PAGAMENTO CONDICIONADO A COMPROVAÇÃO DE USO DOS MATERIAIS AUTORIZADOS (APRESENTAR DE ENVÓLUCROS, NOTA FISCAL, RELATÓRIO DE OPERAÇÃO E FILME RADIOLÓGICO EM CONTA HOSPITALAR.

AUTORIZADO:

\_\_\_\_\_  
Diretor da Policlínica Naval Manaus

\_\_\_\_\_  
Chefe do Departamento Médico