



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL  
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR E APOIO  
DIAGNÓSTICO

**AUTORIZAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
enfermeira da Clínica \_\_\_\_\_, neste Hospital  
Regional do Gama, atendendo ao que dispõe a Portaria nº 687, de 09 de agosto de 2018, (que prevê  
as normas técnicas para fornecimento e controle de refeições e gêneros alimentícios nas unidades  
hospitais da SES), solicito que seja liberada alimentação para o acompanhante do (a) paciente:

\_\_\_\_\_  
nascido (a) aos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, internado(a) no leito: \_\_\_\_\_, da Clínica: \_\_\_\_\_,  
pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ Carimbo

A permanência de um acompanhante em tempo integral é de suma importância para o processo de  
recuperação da saúde, tanto no sentido de oferecer suporte emocional a partir da presença constante de um  
familiar, bem como no apoio prestado nos cuidados para locomoção e higienização do paciente, quando se  
fizerem necessários. Considerando isto, também foram identificadas na análise social:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Assistente Social/ carimbo