

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ACOMPANHANTE MENOR DE 18 ANOS E ACOMPANHANTE EXTRA PARA PACIENTE INTERNO NO HRG

- Identificação do paciente:

Nome: _____

D.N: _____ Registro SES: _____ Data da internação: _____

Unidade assistencial: _____ Leito: _____

- Dados do acompanhante:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Nº do Telefone: () _____ Grau de parentesco: _____

Motivo da solicitação do acompanhamento por menor de 18 anos ou de acompanhante extra:

- Avaliação da Equipe (Conforme SEI: **00060 – 00009709/2020-17**)

1. Equipe assistencial (Enfermeiro ou Médico) – Avaliação e autorização da liberação do acompanhante – Menor de 18 anos ou acompanhante extra.

Ass. / Carimbo/matricula: _____ Ramal: _____

2. Equipe do Núcleo de Serviço Social (NSS) – Avaliação e validação da autorização da liberação do acompanhante – Menor de 18 anos ou acompanhante extra.

Essa liberação é válida do dia ____/____/____ ao dia ____/____/____. Após este prazo deverá retornar ao NSS caso persista a necessidade do acompanhamento do paciente internado.

Ass. / Carimbo/matricula: _____ Ramal: _____

3. Serviço de segurança (Portaria Central): _____

(Ass. /Matrícula)