



DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO COLETIVA

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL: _____
NOME FANTASIA/UNIDADE CLIENTE: _____
CNPJ DA FILIAL (caso haja): _____ CNPJ DO CLIENTE: _____
ENDEREÇO DO LOCAL/ DA UNIDADE CLIENTE: _____
DATA DO INÍCIO DA ATIVIDADE: _____

SEGMENTO DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autogestão | <input type="checkbox"/> Serviço comercial de alimentação |
| <input type="checkbox"/> Comissaria (<i>Catering</i>) | <input type="checkbox"/> Cesta de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Concessionária de Alimentos | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

II - CARACTERÍSTICAS:

1. UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

| Nº de Pequenas Refeições/dia | | | | | Nº de Grandes Refeições/dia | | | |
|------------------------------|---------|--------|-------|-------|-----------------------------|--------|-------|-------|
| Desjejum | Colação | Lanche | Ceia | Total | Almoço | Jantar | Ceia | Total |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

TIPO DE SERVIÇO:

- DESCENTRALIZADO** (Cozinha central - refeição transportada) **CENTRALIZADO** (Produção no local) **MISTO** (Utiliza os dois tipos de serviço)

2. CESTAS DE ALIMENTOS

Nº de cestas produzidas/mês: _____

III – IDENTIFICAÇÃO DO(S) INTEGRANTE(S) DO QUADRO TÉCNICO

Nome Nutricionista RT: _____ CRN-4 nº : _____

Existem outros profissionais (nutricionistas e/ou técnicos em nutrição e dietética), além do RT, que atuam na pessoa jurídica como componentes do Quadro Técnico? Não Sim (descrever na segunda página)

_____ de _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 4ª REGIÃO

DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO COLETIVA

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

NUTRICIONISTAS (N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND), EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

| NOME DO PROFISSIONAL | Nº CRN-4 | DATA DE ADMISSÃO | CARGA HORÁRIA SEMANAL | DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho) | | | | |
|----------------------|---|------------------|-----------------------|--|------------------------|-------------------------|------------------------|--|
| | CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND | | | Segundaàs..... | Terçaàs..... | Quartaàs..... | Quintaàs..... | Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h |
| | | | | Sextaàs..... | Sábadoàs..... | Domingoàs..... | | |
| | CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND | | | Segundaàs..... | Terçaàs..... | Quartaàs..... | Quintaàs..... | Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h |
| | | | | Sextaàs..... | Sábadoàs..... | Domingoàs..... | | |
| | CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND | | | Segundaàs..... | Terçaàs..... | Quartaàs..... | Quintaàs..... | Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h |
| | | | | Sextaàs..... | Sábadoàs..... | Domingoàs..... | | |
| | CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND | | | Segundaàs..... | Terçaàs..... | Quartaàs..... | Quintaàs..... | Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h |
| | | | | Sextaàs..... | Sábadoàs..... | Domingoàs..... | | |
| | CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND | | | Segundaàs..... | Terçaàs..... | Quartaàs..... | Quintaàs..... | Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h |
| | | | | Sextaàs..... | Sábadoàs..... | Domingoàs..... | | |

_____ de _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico