



DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA – SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (STRS)

I – TIPO DE SERVIÇO:

Nutrição Clínica: Autogestão Terceirizado

Produção de Refeições: Autogestão Terceirizado

Em caso de terceirização:

Razão social da concessionária:

CNPJ da concessionária:

Endereço:

Em caso de terceirização:

Razão social da concessionária:

CNPJ da concessionária:

Endereço:

II - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA/FILIAL/UNIDADE:

CNPJ MATRIZ:

CNPJ FILIAL/UNIDADE:

ENDEREÇO DO LOCAL/UNIDADE:

III - IDENTIFICAÇÃO DO(S) NUTRICIONISTA(S) RESPONSÁVEL(IS) PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA:

NUTRIÇÃO CLÍNICA: Nome

CRN-4:

PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES: Nome

CRN-4:

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

IV - CARACTERÍSTICAS:

1. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Nº de pontos: Nº de pacientes por dia:

Turnos segundas/quartas/sextas-feiras: 1º 2º 3º 4º

Turnos terças/quintas/sábados: 1º 2º 3º 4º

O serviço possui ambulatório: sim não

Número médio de atendimentos por dia:

Duração da consulta inicial: Duração da consulta de retorno: Duração da atividade em grupo:

2. UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

Nº de Pequenas Refeições/dia

Nº de Grandes Refeições/dia

Nº de Pequenas Refeições/dia					Nº de Grandes Refeições/dia			
Desjejum	Colação	Lanche	Ceia	Total	Almoço	Jantar	Ceia	Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE SERVIÇO:

DESCENTRALIZADO

CENTRALIZADO

MISTO

(Cozinha central - refeição transportada)

(Produção no local)

(Utiliza os dois tipos de serviço)

_____ de _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura dos(as) nutricionistas responsável (is) pelas atividades de alimentação e nutrição humana



DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (STRS)

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

NUTRICIONISTAS(N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA(TND), EXCETO RESPONSÁVEL(IS) PELO(S) SERVIÇO(S) DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-4	DATA DE ADMISSÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)				
	CRN-4: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		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		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		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		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		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		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		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		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		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 dos(as) nutricionistas responsável (is) pelas atividades de alimentação e nutrição humana