



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: <input type="text"/>

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
<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**
(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