



DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

I – GESTÃO DO 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/DA 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:

OUTRO SERVIÇO: 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 (Assinalar o tipo de estabelecimento)

HOSPITAL/CLÍNICA: Nº de leitos de média complexidade: Nº de leitos de alta complexidade:

HOSPITAL-DIA, UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E SPA CLÍNICOS: Nº de leitos:

SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (STRS): Nº de pacientes:

O serviço possui: Lactário: sim não Central de terapia nutricional: sim não Banco de leite humano: sim não

Ambulatório: sim não

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			
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)

_____ de _____ de _____
LOCAL DATA

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



DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

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"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <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
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <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
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <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
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <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
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <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

_____ de _____ de _____
LOCAL DATA

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