



DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - ILPI

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/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 leitos idosos atendidos:

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



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

DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - ILPI

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