**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** | |
| **🖵** Autogestão | **🖵** Serviço comercial de alimentação |
| **🖵** Comissaria *(Catering)* | **🖵** Cesta de alimentos |
| **🖵** Concessionária de Alimentos | **🖵** 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**  **🖵** **CENTRALIZADO**   **🖵 MISTO**  (Cozinha central - refeição transportada) (Produção no local) (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-2 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 | |
|  |

**DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO COLETIVA**

|  |
| --- |
| QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR ***NUTRICIONISTAS (N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND), EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)*** |

### 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO PROFISSIONAL** | **Nº CRN-2** | **DATA DE ADMISSÃO** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** | **DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL**  **(Dias e Horário de trabalho)** | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LOCAL DATA

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico |