**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- 2:  **PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES:** Nome CRN- 2**:**  **OUTRO SERVIÇO:** Nome CRN- 2**:**  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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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-2** | **DATA DE ADMISSÃO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** | **DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL**  **(Dias e Horário de trabalho)** | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  | ☐ Clínica  ☐ EMTN  ☐ STRS  ☐ Lactário  ☐ BLH  ☐ Ambulatório  ☐ UAN |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  | ☐ Clínica  ☐ EMTN  ☐ STRS  ☐ Lactário  ☐ BLH  ☐ Ambulatório  ☐ UAN |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  | ☐ Clínica  ☐ EMTN  ☐ STRS  ☐ Lactário  ☐ BLH  ☐ Ambulatório  ☐ UAN |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  | ☐ Clínica  ☐ EMTN  ☐ STRS  ☐ Lactário  ☐ BLH  ☐ Ambulatório  ☐ UAN |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-2:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  | ☐ Clínica  ☐ EMTN  ☐ STRS  ☐ Lactário  ☐ BLH  ☐ Ambulatório  ☐ UAN |  | 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 dos(as) nutricionistas responsável (is) pelas atividades de alimentação e nutrição humana |