**DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - STRS**

|  |  |
| --- | --- |
| **I – TIPO DE 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- 2:  **PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES:** 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**  Nº de pontos: Nº de pacientes por dia:  Turnos segundas/quartas/sextas-feiras: 🖵1º 🖵2º 🖵3º 🖵4º Turnos terças/quintas/sábados: 🖵1º 🖵2º 🖵3º 🖵4º    **O serviço possui ambulatório:** 🖵sim 🖵não  Número médio de atendimentos por dia:  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 - STRS**

|  |
| --- |
| 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  ☐ 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  ☐ 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  ☐ 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  ☐ 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 |