



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - 2ª REGIÃO

DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO ESCOLAR PÚBLICA - PNAE

I - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EXECUTORA (EEX)

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA/SECRETARIA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

II - CARACTERÍSTICAS:

1. NÚMERO DE UNIDADES ESCOLARES

URBANAS:

RURAIS:

INDÍGENAS

QUILOMBOLAS

CONVENIADAS:

2. NÚMERO DE ALUNOS

Etapa/Modalidade de ensino	Período Parcial	Período Integral
Infantil (creche e pré-escola)		
Ensino fundamental		
Ensino médio		
Educação de Jovens e Adultos (EJA)		

TIPO DE GESTÃO DO PNAE:

() DESCENTRALIZADO

() CENTRALIZADO

() SEMIDECENTRALIZADO

(envio de recurso para a escola)

(compra de alimentos pela EEx)

(envio de recurso e de alimentos para a escola)

3. NÚMERO DE REFEIÇÕES POR ETAPA/MODALIDADE DE ENSINO:

Etapa/Modalidade: infantil (creche e pré-escola)

Nº de Pequenas Refeições/dia					Nº de Grandes Refeições/dia			
Desjejum	Colação	Lanche	Ceia	Total	Almoço	Jantar	Ceia	Total

Etapa/Modalidade: ensino fundamental, médio e/ou EJA

Nº de Pequenas Refeições/dia					Nº de Grandes Refeições/dia			
Desjejum	Colação	Lanche	Ceia	Total	Almoço	Jantar	Ceia	Total

ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO: () AUTOGESTÃO () TERCEIRIZADO

Em caso de terceirização, informar a razão social e CNPJ da(s) concessionária(s) de alimentação.

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - 2ª REGIÃO

DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO ESCOLAR PÚBLICA PNAE

QUADRO TÉCNICO DE NUTRICIONISTAS COMPLEMENTAR

NUTRICIONISTAS (N), 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: _____ <input type="checkbox"/> N			Segunda às.....	Terça às..... .	Quarta às.....	Quinta às.....
				Sexta às.....	Sábado às..... .	Domingo às.....	
	CRN-2: _____ <input type="checkbox"/> N			Segunda às.....	Terça às..... .	Quarta às.....	Quinta às.....
				Sexta às.....	Sábado às..... .	Domingo às.....	
	CRN-2: _____ <input type="checkbox"/> N			Segunda às.....	Terça às..... .	Quarta às.....	Quinta às.....
				Sexta às.....	Sábado às..... .	Domingo às.....	
	CRN-2: _____ <input type="checkbox"/> N			Segunda às.....	Terça às..... .	Quarta às.....	Quinta às.....
				Sexta às.....	Sábado às..... .	Domingo às.....	
	CRN-2: _____ <input type="checkbox"/> N			Segunda às.....	Terça às..... .	Quarta às.....	Quinta às.....
				Sexta às.....	Sábado às..... .	Domingo às.....	

_____, _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico



Conselho Regional de Nutrição - 2ª Região

Sede: Avenida Taquara, 586/503 - Petrópolis - Porto Alegre/RS

E-mail: crn2@crn2.org.br | Telefone: (51) 3330-9324

www.crn2.org.br