



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

(envio de recurso para a escola)

CENTRALIZADO

(compra de alimentos pela EEx)

SEMIDESCENTRALIZADO

(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<br>(Dias e Horário de trabalho) |                     |                      |                     |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------|---|---------------------|----------------------|---------------------|
|                      | CRN-2:<br><input type="checkbox"/> N |                  |                       | Segunda .....às.....  | Terça .....às.....  | Quarta .....às.....  | Quinta .....às..... |
|                      |                                      |                  |                       | Sexta .....às.....  | Sábado .....às..... | Domingo .....às..... |                     |
|                      | CRN-2:<br><input type="checkbox"/> N |                  |                       | Segunda .....às.....  | Terça .....às.....  | Quarta .....às.....  | Quinta .....às..... |
|                      |                                      |                  |                       | Sexta .....às.....  | Sábado .....às..... | Domingo .....às..... |                     |
|                      | CRN-2:<br><input type="checkbox"/> N |                  |                       | Segunda .....às.....  | Terça .....às.....  | Quarta .....às.....  | Quinta .....às..... |
|                      |                                      |                  |                       | Sexta .....às.....  | Sábado .....às..... | Domingo .....às..... |                     |
|                      | CRN-2:<br><input type="checkbox"/> N |                  |                       | Segunda .....às.....  | Terça .....às.....  | Quarta .....às.....  | Quinta .....às..... |
|                      |                                      |                  |                       | Sexta .....às.....  | Sábado .....às..... | Domingo .....às..... |                     |
|                      | CRN-2:<br><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