

## DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA – STRS

### I – GESTÃO DE SERVIÇO

Nutrição Clínica:  Autogestão  Terceirizado

Em caso de terceirização preencher abaixo com dados da concessionária:

Razão social:  CNPJ:

Endereço:

Produção de refeições:  Autogestão  Terceirizado

Em caso de terceirização preencher abaixo com dados da concessionária:

Razão social:  CNPJ:

Endereço:

### II – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

Razão Social:  CNPJ Matriz:

Nome Fantasia/Filial/Unidade:  CNPJ Filial/Unidade:

Endereço do Local/Unidade:

### III – IDENTIFICAÇÃO DO(S) NUTRICIONISTA(S) RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA

Nutricionista clínica – Nome:  CRN-9 n°:

Produção de refeições – Nome:  CRN-9 n°:

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)

### IV – CARACTERÍSTICAS

#### 1. Assistência nutricional

Nº de pontos:  Nº de pacientes por dia:

Turno: Segunda/Quarta/Sexta				Turno: Terça/Quinta/Sábado			
<input type="radio"/> 1º	<input type="radio"/> 2º	<input type="radio"/> 3º	<input type="radio"/> 4º	<input type="radio"/> 1º	<input type="radio"/> 2º	<input type="radio"/> 3º	<input type="radio"/> 4º

O serviço possui ambulatório:  Não  Sim

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de serviço:  Descentralizado (Cozinha central – refeição transportadora)  Centralizado (Produção no local)  Misto (Utiliza os dois tipos de serviço)

Nestes termos, pede deferimento.

de  de  de

(Local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico

## VERSO – DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA – STRS

### QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

Nutricionistas (N) e Técnicos em Nutrição e Dietética (TND), exceto responsável técnico (RT)

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

  

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

  

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

  

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

  

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

  

Nome do profissional	<input type="text"/>	Nº do CRN9	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> TND
Segunda-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Terça-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>	Quarta-Feira	<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
	<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>		<input type="text"/> às <input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Carga Horária Semanal	<input type="text"/>	Plantão	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
				Escala	<input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h

Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico