

DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

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 nº:

Produção de refeições - Nome: CRN-9 nº:

(Outro serviço) Nome: CRN-9 nº:

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 (Assinalar o tipo de estabelecimento):

HOSPITAL/CLÍNICA: Nº de leitos de média complexidade: Nº de leitos alta de 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:	Central de terapia nutricional	Banco de leite humano	Ambulatório
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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
<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

(Local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico

VERSO – DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

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

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Nome do profissional Nº do CRN9 Nutricionista TND

Área de Atuação Clínica EMTN STRS Lactário BLH Ambulatório UAN

Segunda-Feira às Terça-Feira às Quarta-Feira às Quinta-Feira às Sexta-Feira às Sábado às Domingo às

Data de Admissão Carga Horária Semanal Plantão Não Sim Escala 12x36h 12x60h

Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico