

## 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	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<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