****

|  |
| --- |
| **DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA****HOSPITAIS E SIMILARES** |

**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: |       |
|  |  |
| Nome Fantasia: |       |
|  |  |
| CNPJ: |       |

**II – IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |       | CRN9 nº: |       |

Existem outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição e Dietética) que atuam na Pessoa Jurídica como componentes do Quadro Técnico? [ ]  Não [ ]  Sim (descrever no VERSO)

|  |
| --- |
| **USO EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO TERCEIRIZADA DA NUTRIÇÃO CLÍNICA** |
| **III – IDENTIFICAÇÃO DA CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS** |
| Razão Social:       |
| Nome Fantasia:       |
| CNPJ:       |
| **IV – IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA DA CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS RESPONSÁVEL PELA UNIDADE CLIENTE** |
| Nome:       | CRN9 nº:       |
| Existem outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição e Dietética) que atuam na Pessoa Jurídica como componentes do Quadro Técnico? [ ]  Não [ ]  Sim (descrever no VERSO) |

|  |
| --- |
| **ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL (assinalar o tipo de estabelecimento)** |
| **Hospital/Clínica Média Complexidade[ ]  Hospital/Clínica Alta Complexidade [ ]** **Hospital-Dia[ ]  Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Spa Clínicos[ ]**  |
| **Especialidade** | **Nº de Leitos Ativados** |
| Clínica Médica |       |
| Clínica Cirúrgica |       |
| Clínica Ginecologia/Obstétrica |       |
| Pediatria |       |
| Psiquiatria |       |
| UTI |        |
| Pronto Atendimento |       |
| Outros(especificar):       |       |
| Outros(especificar):       |       |
| **Total** |       |
| **Ambulatório:** [ ]  Sim [ ]  Não - Caso possua, informe o no de atendimento/dia:      **Lactário:** [ ]  Sim [ ]  Não - Caso possua, informe se há Nutricionista exclusivo para o Lactário: [ ]  Sim [ ]  Não**Banco de Leite Humano:** [ ]  Sim [ ]  NãoCaso possua, informe se há Nutricionista exclusivo para o Banco de Leite Humano: [ ]  Sim [ ]  Não**Serviço de diálise:** [ ]  Sim [ ]  Não Caso possua, informe se há Nutricionista exclusivo para o serviço de diálise: [ ]  Sim [ ]  Não**Equipe multiprofissional de terapia nutricional:** [ ]  Sim [ ]  NãoCaso possua, informe se há Nutricionista na equipe: [ ]  Sim [ ]  Não |

Observações:

       DE       DE 20      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico

|  |
| --- |
| **VERSO - DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA****HOSPITAIS E SIMILARES** |

**QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR**

(Declarar nutricionistas (N) e técnicos em nutrição e dietética (TND) que compõem o quadro técnico na unidade declarada, exceto o Nutricionista RT)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | Nº CRN | Data de Admissão | CargaHoraria Semanal | Distribuição da Carga Horária Semanal(Dias e Horário de trabalho) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       | CRN9:     [ ] N[ ] TND |       |       | Segunda       às       | Terça       às       | Quarta       às       | Quinta       às       | **Plantão**[ ] Não [ ] Sim **Escala**[ ] 12x36h[ ] 12x60h |
| Sexta      às       | Sábado       às       | Domingo      às       |

       DE       DE 20      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATA Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico