****

|  |
| --- |
| **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  Não Caso 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  Não Caso 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 | Carga Horaria 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