

7 - DIMENSIONAMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAIS E SIMILARES
I - TIPO DE SERVIÇO: (caso a empresa também administre a produção de refeições, preencher formulário de UAN)

Nutrição Clínica		Produção de Refeições	
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado

II - PESSOA JURÍDICA (HOSPITAL) OU DA CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS:

Razão Social:	Nº CRN :
	CNPJ:

III-CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS (Preencher somente se o serviço for terceirizado):

Razão Social do Cliente/ Unidade:	CNPJ:
	Telefone:

Endereço(Cliente/Unidade):

Bairro : _____ Município : _____ UF: _____ CEP: _____

IV-NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ÁREA DE PRODUÇÃO

Nome:						Nº CRN-1 :		
Data da Admissão:	- Carga horária semanal ____hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:							
__/__/__	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	
Vínculo do Nutricionista com a PJ: <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Outro								
Existe Quadro Técnico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (preencher quadro no verso)								
Produção de Refeições:		QUANTIDADE / DIA						
<input type="checkbox"/> Centralizada / <input type="checkbox"/> Descentralizada		Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	Total
Paciente								
Funcionário								

V-NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ÁREA DE CLÍNICA

Nome:						Nº CRN-1 :	
Data da Admissão:	- Carga horária semanal ____hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:						
__/__/__	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :
Vínculo do Nutricionista com a PJ: <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Outro							
Existe Quadro Técnico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (preencher quadro no verso)							
Número de leitos (Total):			Taxa de Ocupação (%):				
CLÍNICAS (Conf. Res. CFN 380/05)				QTD. POR NÍVEL ATENDIMENTO			
Especialidade		Nº de Leitos		Primário	Secundário	Terciário	

Preenchido em : _____ Assino e dou fé pelas informações supracitadas: _____

Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em Nutrição da Unidade, Exceto o Responsável Técnico

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							

Nome:							CRN1 nº.
Data da Admissão: __/__/__	- Carga horária semanal ____hs/semana.						
	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :
Área De Atuação: <input type="checkbox"/> Produção / <input type="checkbox"/> Clínica / <input type="checkbox"/> Outros (especificar)							