

DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA
AMBULATÓRIO, CONSULTÓRIO E ATENDIMENTO PERSONALIZADO (PERSONAL DIET)

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL:
NOME FANTASIA/FILIAL/UNIDADE:
CNPJ MATRIZ: CNPJ FILIAL/UNIDADE:
ENDEREÇO DO LOCAL/UNIDADE:

II - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA:

Nome CRN- X:

Existem outros profissionais (nutricionistas e/ou técnicos em nutrição e dietética), além do responsável citado acima, que atuam na pessoa jurídica como componentes do Quadro Técnico? Não Sim (descrever na segunda página)

III - CARACTERÍSTICAS:

1. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA EM AMBULATÓRIO, CONSULTÓRIO E ATENDIMENTO PERSONALIZADO

Número médio de atendimentos por dia:

Duração da consulta inicial: Duração da consulta de retorno: Duração da atividade em grupo:

ATENÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIAR (PÚBLICA E PRIVADA)

Número médio de atendimentos por dia:

Duração do atendimento inicial: Duração do atendimento de retorno:

_____, _____ de _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura do(a) nutricionista responsável pelas atividades de alimentação e nutrição humana

DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA

AMBULATÓRIO, CONSULTÓRIO E ATENDIMENTO PERSONALIZADO (PERSONAL DIET)

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

NUTRICIONISTAS (N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND), EXCETO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-1	DATA DE ADMISSÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)				
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
				Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
				Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
				Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
				Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....		
				Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....		

_____ de _____ de _____
 LOCAL DATA

 Assinatura dos(as) nutricionistas responsável (is) pelas atividades de alimentação e nutrição humana