

## DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

### I – GESTÃO DO SERVIÇO:

**Nutrição Clínica:**  Autogestão  Terceirizado

**Produção de Refeições:**  Autogestão  Terceirizado

**Em caso de terceirização:**

Razão social da concessionária: \_\_\_\_\_

CNPJ da concessionária: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Em caso de terceirização:**

Razão social da concessionária: \_\_\_\_\_

CNPJ da concessionária: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### II - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA:

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA/FILIAL/UNIDADE: \_\_\_\_\_

CNPJ MATRIZ: \_\_\_\_\_

CNPJ FILIAL/UNIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO LOCAL/DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

### III - IDENTIFICAÇÃO DO(S) NUTRICIONISTA(S) RESPONSÁVEL(IS) PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA:

**NUTRIÇÃO CLÍNICA:** Nome \_\_\_\_\_ CRN- 1: \_\_\_\_\_

**PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES:** Nome \_\_\_\_\_ CRN- 1: \_\_\_\_\_

**OUTRO SERVIÇO:** \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ CRN- 1: \_\_\_\_\_

Existem outros profissionais (nutricionistas e/ou técnicos em nutrição e dietética), além do(s) responsável(is) citados acima, 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 de alta 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:  sim  não Central de terapia nutricional:  sim  não Banco de leite humano:  sim  não

Ambulatório:  sim  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
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

#### TIPO DE SERVIÇO:

**DESCENTRALIZADO** (Cozinha central - refeição transportada)  **CENTRALIZADO** (Produção no local)  **MISTO** (Utiliza os dois tipos de serviço)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL DATA

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

## DIMENSIONAMENTO – NUTRIÇÃO CLÍNICA E ALIMENTAÇÃO COLETIVA - HOSPITAL

### QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

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

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-1	DATA DE ADMISSÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)				
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		Segunda .....às..... .	Terça .....às..... ..	Quarta .....às..... ...	Quinta .....às..... .....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
					Sexta .....às.....	Sábado .....às..... ...	Domingo .....às.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		Segunda .....às..... .	Terça .....às..... ..	Quarta .....às..... ...	Quinta .....às..... .....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
					Sexta .....às.....	Sábado .....às..... ...	Domingo .....às.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		Segunda .....às..... .	Terça .....às..... ..	Quarta .....às..... ...	Quinta .....às..... .....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
					Sexta .....às.....	Sábado .....às..... ...	Domingo .....às.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		Segunda .....às..... .	Terça .....às..... ..	Quarta .....às..... ...	Quinta .....às..... .....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
					Sexta .....às.....	Sábado .....às..... ...	Domingo .....às.....		
	CRN-1: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> EMTN <input type="checkbox"/> STRS <input type="checkbox"/> Lactário <input type="checkbox"/> BLH <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UAN		Segunda .....às..... .	Terça .....às..... ..	Quarta .....às..... ...	Quinta .....às..... .....	Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h
					Sexta .....às.....	Sábado .....às..... ...	Domingo .....às.....		

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL DATA

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