



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND)
Área de Nutrição em Alimentação Coletiva
Unidade de Alimentação e Nutrição - UAN

DATA DA VISITA		Nº DA VISITA		VISITA AGENDADA	Sim [] Não []
----------------	--	--------------	--	-----------------	-----------------

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) TÉCNICO(A) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA ENTREVISTADO(A)

1.1.	Nome		CRN-_____
------	------	--	-----------

1.2.	Vínculo de trabalho	() celetista () estatutário	() concursado celetista () sócio proprietário	() contratado
------	---------------------	----------------------------------	--	----------------

1.3.	Data de admissão	
------	------------------	--

1.4.	Jornada de trabalho:			
	CH Semanal		CH Diária	
	Horário:	2ª a 6ª feira:	Sábado: _____ Domingo: _____	

1.5.	TND possui outros vínculos de trabalho?	[] Sim [] Não	Local: _____
------	---	-----------------	--------------

2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA VISITADA

2.1.	Razão Social:	
2.2.	CNPJ:	PJ Nº: _____
2.3.	Razão social da unidade/cliente:	

2.4.	Há Responsável Técnico?	[] Sim [] Não	É Nutricionista? [] Sim [] Não
	Nome:		CRN-_____

3.	CARACTERISTICAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - UAN
-----------	---

3.1.	Local de atuação: <input type="checkbox"/> Serviços de alimentação coletiva (autogestão e concessão) em: <input type="checkbox"/> empresas e instituições <input type="checkbox"/> hotéis <input type="checkbox"/> hotelaria marítima <input type="checkbox"/> comissarias <input type="checkbox"/> hospitais <input type="checkbox"/> clínicas <input type="checkbox"/> bancos de sangue <input type="checkbox"/> spas <input type="checkbox"/> serviços de terapia renal substitutiva <input type="checkbox"/> Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e similares <input type="checkbox"/> comunidades terapêuticas <input type="checkbox"/> Alimentação escolar em rede privada de ensino <input type="checkbox"/> Restaurantes comerciais e similares <input type="checkbox"/> Bufê de eventos <input type="checkbox"/> Serviço ambulante de alimentação
-------------	--

3.2.	Tipo de gestão: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Concessão
-------------	---

3.3.	Tipo de serviço: <input type="checkbox"/> Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/> Misto
-------------	---

3.4.	Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira: _____	Sábado: _____ Domingo: _____
-------------	--	---------------------------------

3.5.	Dimensionamento da produção de refeições/dia:
-------------	--

3.5.1. PEQUENAS REFEIÇÕES	TOTAL	3.5.2. GRANDES REFEIÇÕES	TOTAL		
DESJEJUM		ALMOÇO			
LANCHE		JANTAR			
CEIA		CEIA			
TOTAL		TOTAL		TOTAL GERAL	

4.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO(A) TÉCNICO(A) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA				
	INDICADORES QUANTITATIVOS	SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
4.1.	Contribui na elaboração do cardápio e verifica o seu cumprimento.				
4.2.	Contribui na elaboração do Manual de Boas Práticas e acompanha sua implantação e execução.				
4.3.	Contribui na elaboração dos POP, acompanha sua implantação e execução.				
4.4.	Acompanha e orienta a execução das atividades de recebimento, armazenamento, pré-preparo e preparo de alimentos, porcionamento, distribuição e transporte de refeições.				
4.5.	Supervisiona as atividades de higienização de alimentos, utensílios, equipamentos, ambientes e pessoal.				
4.6.	Orienta e monitora o uso correto de uniformes e de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) correspondentes à atividade.				
4.7.	Participa do planejamento, da execução e da avaliação dos programas de formação continuada da equipe.				
4.8.	Acompanha as atividades de controle de qualidade em todo o processo produtivo, de acordo com o estabelecido no Manual de Boas Práticas e nos POP, atendendo às normas de segurança alimentar e nutricional.				
4.9.	Colabora no desenvolvimento de preparações culinárias e respectivas fichas técnicas de preparações.				

4.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO(A) TÉCNICO(A) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA				
INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
4.10.	Contribui com o desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional para a população atendida.				

*NA (Não se aplica)

5.	OUTRAS ATIVIDADES DO(A) TÉCNICO(A) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOUVER				
----	---	--	--	--	--

--

--

--

--

6.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
6.1.	Programas de informática			[] Específico [] Outros
6.2.	Manual de boas práticas implantado			[] Padrão [] Específico
6.3.	Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) implantados:			
6.3.1.	POP 1 – Limpeza e higienização de equipamentos, móveis e utensílios			[] Padrão [] Específico
6.3.2.	POP 2 – Controle de pragas			[] Padrão [] Específico
6.3.3.	POP 3 – Limpeza e desinfecção da caixa d'água			[] Padrão [] Específico
6.3.4.	POP 4 – Higiene e saúde dos manipuladores			[] Padrão [] Específico
6.4.	Outros			

7.	PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE	SIM	NÃO	PERIODICIDADE
7.1.	Controle de temperatura:			
7.1.1.	Preparações			
7.1.2.	Equipamentos			
7.2.	Coleta de amostra das preparações			
7.3.	Avaliação qualitativa junto aos clientes			
7.4.	Laudo de potabilidade da água			
7.5.	Higienização da caixa d'água			
7.6.	Controle integrado de pragas			
7.7.	Solicitação de exames periódicos dos funcionários			
7.8.	Funcionários uniformizados			
7.9.	Desinfecção de gêneros alimentícios			
7.10.	Observações:			

8.	CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA	SIM	NÃO
8.1.	Layout apropriado		
8.2.	Pisos, paredes e tetos adequados, conservados e higienizados		

8.3.	Portas e janelas adequadas, conservadas e higienizadas		
8.4.	Equipamentos conservados e higienizados		
8.5.	Utensílios adequados, conservados e higienizados		
8.6.	Instalações sanitárias adequadas, conservadas e higienizadas		
8.7.	Lavatórios exclusivos para higiene das mãos e produtos de assepsia na área de manipulação		
8.8.	Ventilação e exaustão adequadas e conservadas		
8.9.	Sistema de esgotamento adequado e conservado		
8.10.	Sistema de iluminação adequado e conservado		
8.11.	Sistema de coleta de resíduos adequado		
8.12.	Observações:		

9.	ORIENTAÇÕES/SOLICITAÇÕES AO(A) TÉCNICO(A) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND)
-----------	--

10.	OBSERVAÇÕES
------------	--------------------

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)		NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Nome		Carimbo e Assinatura	
Cargo			
Assinatura			