



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 concessionária de alimentação, restaurantes)							
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-7			
				CNPJ:			
III-CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS (Preencher somente se o serviço for Terceirizado):							
Razão Social do Cliente/ Unidade:				CNPJ:			
				Telefone:			
Endereço do Cliente/ Unidade: _____							
Bairro: _____		Município: _____		UF: _____		CEP: _____	
IV-NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ÁREA DE PRODUÇÃO							
Nome: _____						CRN-7 Nº _____	
Data de Admissão: _____/_____/_____	Carga Horária Semanal _____ horas/semana distribuída da seguinte forma:						
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ 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 Formulário de Quadro Técnico)							
Produção de Refeições: <input type="checkbox"/> Centralizada / <input type="checkbox"/> Descentralizada		QUANTIDADE/ DIA					
	Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	Total
Paciente							
Funcionário							
IV-NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ÁREA DE CLÍNICA							
Nome: _____						CRN-7 Nº _____	
Data de Admissão: _____/_____/_____	Carga Horária Semanal _____ horas/semana distribuída da seguinte forma:						
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ 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 Formulário de Quadro Técnico)							
Nº de Leitos (Total): _____				Taxa de Ocupação (%) : _____			
CLÍNICAS (Conf. Res. CFN 380/05)				QTD. POR NÍVEL ATENDIMENTO			
Especialidade		Nº de leitos		Primário	Secundário	Terciário	

Data: ____/____/_____

Assino e dou fé pelas informações prestadas

FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará CEP: 66.040-255

Site: www.crn7.org.br

E-mail da Fiscalização: fiscalizacao@crn7.org.br



Conselho Regional de
Nutricionistas 7ª Região
AC-AP-AM-PA-RO-RR

Nome:							CRN-7 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"/> <i>Produção</i> / <input type="checkbox"/> <i>Clínica</i> / <input type="checkbox"/> <i>Outros (especificar)</i>							

Nome:							CRN-7 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"/> <i>Produção</i> / <input type="checkbox"/> <i>Clínica</i> / <input type="checkbox"/> <i>Outros (especificar)</i>							

Nome:							CRN-7 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"/> <i>Produção</i> / <input type="checkbox"/> <i>Clínica</i> / <input type="checkbox"/> <i>Outros (especificar)</i>							

Nome:							CRN-7 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"/> <i>Produção</i> / <input type="checkbox"/> <i>Clínica</i> / <input type="checkbox"/> <i>Outros (especificar)</i>							

Nome:							CRN-7 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"/> <i>Produção</i> / <input type="checkbox"/> <i>Clínica</i> / <input type="checkbox"/> <i>Outros (especificar)</i>							