**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-7:  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 técnico |

**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-7** | **DATA DE ADMISSÃO** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** | **DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL**  **(Dias e Horário de trabalho)** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-7:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h | |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-7:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h | |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-7:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h | |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-7:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h | |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | CRN-7:  \_\_\_\_\_\_  □ N  □ TND |  |  | Segunda  ..........às.......... | Terça  .........às......... | Quarta  .........às......... | Quinta  .........às....... | Plantão:  □Não □Sim  Escala:  □ 12x36h  □ 12x60h | |
| Sexta  .........às......... | Sábado  .........às......... | Domingo  .........às......... | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LOCAL DATA

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico |