**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-7:**PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES:** NomeCRN-7**:** **OUTRO SERVIÇO:** NomeCRN-7**:** 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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-7** | **DATA DE ADMISSÃO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** | **DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL****(Dias e Horário de trabalho)** |
|  |
|  | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Clínica☐ EMTN☐ STRS☐ Lactário☐ BLH☐ Ambulatório☐ UAN |   | Segunda..........às.......... | Terça.........às......... | Quarta.........às......... | Quinta.........às....... | Plantão:□ Não□ SimEscala:□ 12x36h□ 12x60h |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |  |
|  |
|   | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Clínica☐ EMTN☐ STRS☐ Lactário☐ BLH☐ Ambulatório☐ UAN |   | Segunda..........às.......... | Terça.........às......... | Quarta.........às......... | Quinta.........às....... | Plantão:□Não □SimEscala:□ 12x36h□ 12x60h |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|   | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Clínica☐ EMTN☐ STRS☐ Lactário☐ BLH☐ Ambulatório☐ UAN |   | Segunda..........às.......... | Terça.........às......... | Quarta.........às......... | Quinta.........às....... | Plantão:□ Não □ SimEscala:□ 12x36h□ 12x60h |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|   | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Clínica☐ EMTN☐ STRS☐ Lactário☐ BLH☐ Ambulatório☐ UAN |   | Segunda..........às.......... | Terça.........às......... | Quarta.........às......... | Quinta.........às....... | Plantão:□ Não□ SimEscala:□ 12x36h□ 12x60h |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|   | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Clínica☐ EMTN☐ STRS☐ Lactário☐ BLH☐ Ambulatório☐ UAN |   | Segunda..........às.......... | Terça.........às......... | Quarta.........às......... | Quinta.........às....... | Plantão:□ Não□ SimEscala:□ 12x36h□ 12x60h |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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