



DIMENSIONAMENTO – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO

CATERING

CONGELADOS

BUFFET

Razão Social : _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
CEP: _____ Fone / Fax: _____ e-mail _____

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA UNIDADE:

Nome: _____ CRN-8 nº _____

• Carga Horária Semanal: _____ Horário de Trabalho: _____ Data de Admissão: ___/___/___

• Existe outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição) que atuam na Unidade como componentes do Quadro Técnico?

() Não

() Sim (descrever no verso) →

➤ CATERING / CONGELADOS

TIPO DE PREPARAÇÃO	QUANTIDADE / MÊS (unidade)	PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES
- REFEIÇÕES		- PRODUÇÃO NO LOCAL <input type="checkbox"/> (descentralizada)
- SALGADINHOS / DOCINHOS		
- LANCHES		- TRANSPORTADA <input type="checkbox"/> (centralizada)
- OUTRAS (especificar):		
.		
.		
TOTAL		

DE _____ DE 20____

Data

Assinatura do Nutricionista RT

