



DIMENSIONAMENTO – UNIDADE HOSPITALAR OU SIMILAR

Razão Social da Pessoa Jurídica: _____

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

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA UNIDADE :
 Nome : _____ CRN-8 nº : _____

- Atuação : Produção Clínica Ambas Outra (especificar): _____
- Carga Horária semanal: _____ horas. Horário de Trabalho: _____
- Existe outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição) que atuam na Unidade como componentes do Quadro Técnico?
 () Não () Sim (descrever no verso) →

Tipo de Hospital ou Similar Público Privado Filantrópico Público Conveniado
 Geral Especializado (especificar): _____

Nº de Leitos Ativados	Taxa de Ocupação (%)	Média/Dia de Mamadeiras	Média/Dia Dieta Enteral

TIPO DE SERVIÇO			
Nutrição Clínica		Produção de Refeições	
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado

TIPO DE REFEIÇÕES	QUANTIDADE /DIA		
	Pacientes		Funcionários
	Geral	Modificada	
Desjejum			
Almoço			
Jantar			
Ceia: Tipo <input type="checkbox"/> Lanche <input type="checkbox"/> Refeição			
Lanche			
TOTAL			

_____ de _____ de 20____
Data

Assinatura do Nutricionista RT

QUADRO TÉCNICO**(NUTRICIONISTA (s) E/OU TÉCNICO(s) EM NUTRIÇÃO DA UNIDADE, EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO)**

NOME DO PROFISSIONAL (Nutricionista ou Técnico em Nutrição)	Nº CRN-8	CARGA HORÁRIA SEMANAL	HORÁRIO DE TRABALHO	ÁREA DE ATUAÇÃO
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
				<input type="checkbox"/> Produção <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outros (especificar)