



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS _____^a REGIÃO
(JURISDIÇÃO)

**DIMENSIONAMENTO – NUTRICAÇÃO CLÍNICA
CLÍNICAS E SIMILARES**

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____ CNPJ: _____

SEGMENTOS DE ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA

1. Instituição de Longa Permanência para Idosos <input type="checkbox"/>	3. SPA <input type="checkbox"/>
2. Consultório Particular <input type="checkbox"/>	4. Atendimento domiciliar (Home Care) <input type="checkbox"/>
5. Clínica de hemodiálise <input type="checkbox"/>	

II – IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome : _____ CRN-__ nº : _____

Carga horária semanal: _____ horas.

Distribuição da carga horária semanal (**dias da semana e horário de trabalho**):

Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

- Existe outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição e Dietética) que atuam na Pessoa Jurídica como componentes do Quadro Técnico?
() Não () Sim (descrever no VERSO) →

1. INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

GRAU DE DEPENDÊNCIA	Nº de Residentes	Nº de Leitos Ativados
I		
II		
III		
Total		

2. CONSULTÓRIO PARTICULAR

TIPO DE CONSULTA	Nº de atendimentos/dia	Tempo de consulta (minutos)
INICIAL		
RETORNO/RECONSULTA		

3. SPA	Nº de Clientes/Pacientes/dia:
4. ATENDIMENTO DOMICILIAR (Home Care)	Nº de Clientes/Pacientes/dia:
5. CLÍNICA DE HEMODIÁLISE	Nº de Clientes/Pacientes/dia:

_____ DE _____ DE 20_____

DATA

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico

**VERSO - DIMENSIONAMENTO – NUTRICAÇÃO CLÍNICA
CLÍNICAS E SIMILARES**

QUADRO TÉCNICO

(NUTRICIONISTAS (N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND), EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO)

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-		DATA DE ADMISSÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)			
	N	TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h Segundaàs..... Terçaàs..... Quartaàs..... Quintaàs..... Sextaàs..... Sábadoàs..... Domingoàs.....			
					Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h Segundaàs..... Terçaàs..... Quartaàs..... Quintaàs..... Sextaàs..... Sábadoàs..... Domingoàs.....			
					Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h Segundaàs..... Terçaàs..... Quartaàs..... Quintaàs..... Sextaàs..... Sábadoàs..... Domingoàs.....			
					Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h Segundaàs..... Terçaàs..... Quartaàs..... Quintaàs..... Sextaàs..... Sábadoàs..... Domingoàs.....			
					Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h Segundaàs..... Terçaàs..... Quartaàs..... Quintaàs..... Sextaàs..... Sábadoàs..... Domingoàs.....			

DE _____ DE 20 _____

DATA

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico