

**DIMENSIONAMENTO – UNIDADE HOSPITALAR OU SIMILAR****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: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço : _____

Bairro : _____ Município: _____ Estado : _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail: _____

II – IDENTIFICAÇÃO DO(S) NUTRICIONISTA(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA ATIVIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:**NUTRIÇÃO CLÍNICA:** Nome: _____ CRN-8 nº: _____**PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES:** Nome: _____ CRN-8 nº: _____**OUTRO SERVIÇO** _____ : Nome: _____ CRN-8 nº: _____

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

III – CARACTERÍSTICAS:**1. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL**☐ HOSPITAL/CLÍNICA: Nº de leitos de média complexidade: _____ Nº de leitos de alta complexidade: _____☐ HOSPITAL-DIA, UPA : Nº de leitos: _____☐ SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: Nº de pacientes: _____**O serviço possui:** **Lactário:** ☐ sim ☐ não**BLH:** ☐ sim ☐ não**Central de Terapia Nutricional:** ☐ sim ☐ não**Ambulatório:** ☐ sim ☐ não**2. UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

Nº de Pequenas refeições					Nº de Grandes Refeições			
Desjejum	Colação	Lanche	Ceia	Total	Almoço	Jantar	Ceia	Total

TIPO DE SERVIÇO:☐ DESCENTRALIZADO (Cozinha central – refeição transportada)☐ CENTRALIZADO☐ MISTO

(NUTRICIONISTA (S) E/OU TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO DA UNIDADE, EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO)

[illegible]