



DIMENSIONAMENTO – SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

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) PELAS ATIVIDADES 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

Nº de pontos: _____ Nº de pacientes por dia: _____

Turnos segundas/quartas/sextas-feiras: 1º 2º 3º 4º Turnos terças/quintas/sábados: 1º 2º 3º 4º

O serviço possui ambulatório: sim não

Número médio de atendimentos por dia: _____

Duração da consulta inicial: _____ Duração da consulta de retorno: _____

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

