

DIMENSIONAMENTO – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA

Razão Social da Pessoa Jurídica: _____

AUTOGESTÃO CONCESSIONÁRIA REST. COMERCIAL OUTROS: _____

Razão Social do Cliente/ Unidade: _____

CNPJ: _____/_____/_____ Endereço (Cliente/ Unidade): _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ Fone/ Fax: _____ E-mail: _____

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA UNIDADE:

Nome: _____ CRN-3 nº: _____

Carga Horária Semanal: _____ Horário de Trabalho: _____

Data de Admissão ____/____/____

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

() Não () Sim (descrever no Quadro abaixo)

| PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES | QUANTIDADE / DIA | | | | | | |
|--|------------------|------|--------|--------|--|--------|-------|
| | Desj. | Alm. | Lanche | Jantar | Ceia Lanches <input type="checkbox"/> Refeições <input type="checkbox"/> | Outras | Total |
| - PRODUÇÃO NO LOCAL <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| - TRANSPORTADA <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

QUADRO TÉCNICO

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

| NOME DO PROFISSIONAL (Nutricionista ou Técnico em Nutrição e Dietética) | Nº CRN-3 | DATA DE ADMISSÃO | CARGA HORÁRIA SEMANAL | HORÁRIO DE TRABALHO | ÁREA DE ATUAÇÃO (ESPECIFICAR) |
|--|-------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |