

DIMENSIONAMENTO – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO HOSPITAL OU SIMILAR

Razão Social da Pessoa Jurídica: _____

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 na 2ª página do formulário) →

Tipo de Hospital ou Similar:	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Público Conveniado
	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado (Especificar): _____

Nº de Leitos	Taxa de Ocupação (%)	Média/ dia de Mamadeiras	Média/ dia de 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			
Lanche			
Jantar			
Ceia: Tipo <input type="checkbox"/> Lanche <input type="checkbox"/> Refeição			
Total			

