

DIMENSIONAMENTO – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO

CATERING

CONGELADOS

BUFFET

Razão Social : _____
Endereço: _____
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: ____/____/____ Salário: _____

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

() Não () Sim (descrever no verso) →

➤ **CATERING / CONGELADOS**

TIPO DE PREPARAÇÃO	QUANTIDADE / MÊS (unidade)	PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES
- REFEIÇÕES		- PRODUÇÃO NO LOCAL <input type="checkbox"/> (descentralizada)
- SALGADINHOS / DOCINHOS		
- LANCHES		
- OUTRAS (especificar):		
.		- TRANSPORTADA <input type="checkbox"/> (centralizada)
.		
TOTAL		

➤ **BUFFET**

• Número de Eventos /Mês: _____

OBS: Considera-se como **Eventos** todas as atividades relativas a coquetéis, jantares, almoços, brunchs e outros tipos de confraternizações.

