

**DIMENSIONAMENTO – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA**

Razão Social da Pessoa Jurídica: \_\_\_\_\_

AUTOGESTÃO  CONCESSIONÁRIA  REST. COMERCIAL  OUTROS: \_\_\_\_\_

Razão Social do Cliente / Unidade: \_\_\_\_\_

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

PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES	QUANTIDADE / DIA						
	Desj.	Alm.	Lanche	Jantar	Ceia	Outras	Total
- PRODUÇÃO NO LOCAL <input type="checkbox"/> (descentralizada)							
- TRANSPORTADA <input type="checkbox"/> (centralizada)							

Razão Social do Cliente / Unidade: \_\_\_\_\_

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

PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES	QUANTIDADE / DIA						
	Desj.	Alm.	Lanche	Jantar	Ceia	Outras	Total
- PRODUÇÃO NO LOCAL <input type="checkbox"/> (descentralizada)							
- TRANSPORTADA <input type="checkbox"/> (centralizada)							

## QUADRO TÉCNICO

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

Razão Social do Cliente / Unidade: \_\_\_\_\_

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

Razão Social do Cliente / Unidade: \_\_\_\_\_

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