

DIMENSIONAMENTO – UNIDADE HOSPITALAR OU SIMILAR

Razão Social da Pessoa Jurídica: _____

Razão Social do Cliente / Unidade: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____
CEP: _____ Fone / Fax : _____ E-mail _____

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA UNIDADE:

Nome : _____ CRN-3 nº : _____

- Atuação : Produção Clínica Ambas Outra (especificar): _____
- 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) →

Tipo de Hospital ou Similar Público Privado Filantrópico Público Conveniado
 Geral Especializado (especificar): _____

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

