



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

ALIMENTAÇÃO COLETIVA - UAN

Concessionária
 Buffet / Congelados

Auto Gestão
 Comissaria

Restaurante Comercial
 Hotelaria Marítima

DATA DA VISITA | _____ |

Nº DA VISITA | _____ |

VISITA AGENDADA | Sim Não

1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA

1.1. Nutricionista Entrevistado(a) | _____ |

CRN-____|

1.2. Vínculo de Trabalho

Estatutário Celetista
 Contratado Concursado Celetista
 Outro

1.3. Recursos Humanos na Área de Nutrição - Equipe Técnica

| Nome | CRN-__ | RT / QT | Carga Horária | | | Data de Admissão PJ |
|------|--------|---------|---------------|---------|---------------------|---------------------|
| | | | Diária | Semanal | Horário de trabalho | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Supervisor Técnico?

Sim Não

Nome:

Cargo: Nutricionista? Sim Não NA

RT: possui outros vínculos de trabalho

Sim Não

Local |

PF entrevistada possui outros vínculos de trabalho?

Sim Não NA

Local |

2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO LOCAL VISITADO

Razão Social | _____ |

CNPJ | _____ |

Unidade Visitada | _____ |

PJ Nº: _____

Administração do serviço: | Própria Terceirizada Franqueada Outras

Em serviço terceirizado, há interlocutor? Sim Não | Nutricionista Sim Não

Nome do(a) Nutricionista contato [interlocutor(a)] | _____ |

CRN-____|

Funcionamento | Horário: _____ |

Dias da semana: _____

Tipo de serviço | Centralizado Descentralizado Misto

À la carte A peso Self-service Rodízio Delivery

| 7. ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOUVER | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

| 8 | RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS | SIM | NÃO | OBSERVAÇÕES |
|------|---|-----|-----|------------------------------|
| 8.1. | Programas de Informática | | | Específico [] Outros [] |
| 8.2. | Manual de Boas Práticas do Serviço | | | Padrão [] personalizado [] |
| 8.3. | Procedimentos Operacionais Padronizados – POP | | | Padrão [] personalizado [] |
| 8.4. | Outros | | | |

| 9. | PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE | SIM | NÃO | PERIODICIDADE |
|-------|--|-----|-----|---------------|
| 9.1. | Relatórios técnicos / não conformidade | | | |
| 9.2. | Controle de temperatura - impresso | | | |
| 9.3. | Coleta de amostra das preparações | | | |
| 9.4. | Avaliação qualitativa junto aos clientes | | | |
| 9.5. | Laudo de potabilidade da água | | | |
| 9.6. | Higienização da caixa d'água | | | |
| 9.7. | Controle Integrado de Pragas | | | |
| 9.8. | Solicitação de exames periódicos dos colaboradores | | | |
| 9.9. | Colaboradores uniformizados | | | |
| 9.10. | Desinfecção de gêneros | | | |
| 9.11. | Lavatórios e produtos de assepsia para manipuladores | | | |
| 9.12. | Observações | | | |

| 10. | CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA | SIM | NÃO |
|--------|--|-----|-----|
| 10.1. | Layout apropriado | | |
| 10.2. | Pisos, paredes e tetos adequados, conservados e higienizados | | |
| 10.3. | Portas e janelas adequadas, conservadas e higienizadas | | |
| 10.4. | Equipamentos conservados e higienizados | | |
| 10.5. | Utensílios adequados, conservados e higienizados | | |
| 10.6. | Instalações sanitárias adequadas, conservadas e higienizadas | | |
| 10.7. | Ventilação e exaustão adequadas, conservados | | |
| 10.8. | Sistema de esgotamento adequado, conservado | | |
| 10.9. | Sistema de iluminação adequado, conservado | | |
| 10.10. | Sistema de coleta de resíduos adequado | | |
| 10.11. | Observações | | |

11. DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA

- Cardápios (4.1)
- Cálculo do valor nutritivo das preparação (4.2)
- Receituário Padrão (4.3)
- Ficha Técnica (4.3)
- Programas de treinamento dos funcionários(4.4)
- Programa de educação alimentar (4.7)
- Controle periódico de resto-ingesta (5.2)
- Manual de Boas Práticas (8.2)
- POP (8.3)
- Relatórios Técnicos de não conformidade (9.1)
- Impressos de controle de temperatura (9.2)
 - Equipamento
 - Preparação
- Avaliação qualitativa junto aos clientes (9.4)
- Laudo de potabilidade da água (9.5)
- Certificado de higienização da caixa d'água (9.6)
- Certificado de controle de pragas (9.7)
- Exames periódicos dos colaboradores (9.8)

12. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA

Atividades Obrigatórias []

- Manual de Boas Práticas personalizado
- Relatório Técnico
- Coleta de amostras
- Outras
- Controle de temperatura - impresso
- Programa de Capacitação de colaboradores
- POP

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-3 e outros Órgãos de Fiscalização. A legislação do Sistema CFN/CRNs está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-3: www.crn3.org.br.

IMPORTANTE

As presentes orientações/solicitações estão baseadas na legislação vigente e ao desenvolvê-las o(a) Nutricionista contribui para a saúde da população, assegurando a assistência nutricional e alimentar por meio de exercício ético valorizando sua profissão.

13. OBSERVAÇÕES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)

| | |
|------------|--|
| Nome | |
| Cargo | |
| Assinatura | |

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)

| | |
|----------------------|--|
| Carimbo e Assinatura | |
|----------------------|--|