



**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 [ ]

### 3. PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES / DIA

PEQUENAS REFEIÇÕES	TOTAL
DESJEJUM	
LANCHE	
CEIA	
<b>TOTAL</b>	

GRANDES REFEIÇÕES	TOTAL
ALMOÇO	
JANTAR	
CEIA	
<b>TOTAL</b>	

<b>TOTAL GERAL</b>	
--------------------	--

### 4. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO (A) NUTRICIONISTA

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NÃO
4.1.	Planeja cardápios de acordo com as necessidades da clientela.				
4.2.	Calcula valor nutritivo das refeições.				
4.3.	Elabora/Coordena Receituário Padrão e Fichas Técnicas.				
4.4.	Planeja/Executa periodicamente programas de treinamento aos colaboradores.				

\* PM – Padrão mínimo MP – Meta-padrão Não – Não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
4.5.	Supervisiona as atividades de seleção, compra e armazenamento de alimentos.				
4.6.	Supervisiona as atividades de pré-preparo, preparo e distribuição de refeições.				
4.7.	Promove programas de educação alimentar junto à clientela.				

\*NA – NÃO SE APLICA

### 5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO (A) NUTRICIONISTA

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
5.1.	Participa do planejamento / implantação e execução de estruturas físicas da UAN.				
5.2.	Supervisiona o controle periódico de resto-ingestão.				
5.3.	Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação.				
5.4.	Atende pacientes / clientes portadores de patologias associadas à nutrição.				
5.5.	Acompanha e orienta estagiários de nutrição.				

\*NA – NÃO SE APLICA

### 6. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

6.1. Titulação	6.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos
Especialização [ ]   Alimentação Coletiva [ ] Nutrição Clínica [ ] Saúde Coletiva [ ] Nutrição em esportes [ ] Outras [ ]	Textos / livros / artigos [ ] Cursos / congressos [ ] Grupos de estudos [ ] Pesquisa na Internet [ ] Outros (especificar) [ ]
Mestrado [ ]   Doutorado [ ]	
6.3. Tempo de exercício profissional:	

<b>7.</b>	<b>ATRIBUIÇÕES DO (S) TÉCNICO (S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOUVER</b>

<b>8</b>	<b>RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
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			

<b>9.</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
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			

<b>10.</b>	<b>CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
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 

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manual de Boas Práticas personalizado | <input type="checkbox"/> Controle de temperatura - impresso       |
| <input type="checkbox"/> Relatório Técnico                     | <input type="checkbox"/> Programa de Capacitação de colaboradores |
| <input type="checkbox"/> Coleta de amostras                    | <input type="checkbox"/> POP                                      |
| <input type="checkbox"/> Outras                                |   |

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](http://www.cfn.org.br) e CRN-3: [www.crn3.org.br](http://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	