



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**ALIMENTAÇÃO COLETIVA
 REFEIÇÃO CONVENIO / CESTA DE ALIMENTOS**

REFEIÇÃO CONVENIO [] CESTA DE ALIMENTOS []

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 _____

Horário de funcionamento | _____ |

Dias da Semana | _____ |

3. REFEIÇÃO CONVENIO

Nº de Clientes | _____ |

4	ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO (A) NUTRICIONISTA EM REFEIÇÃO CONVENIO			
----------	--	--	--	--

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NAO
4.1.	Cumprir e faz cumprir a legislação do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT em especial os itens relativos à educação nutricional e aos referenciais de valores nutricionais.				
4.2.	Sugere o descredenciamento dos estabelecimentos em condições higiênico- sanitárias inadequadas e/ou que descumpram as recomendações nutricionais do PAT, encaminhando a informação aos órgãos competentes.				
4.3.	Integra equipes de controle de qualidade em estabelecimentos comerciais credenciados.				

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
4.4.	Coordena as equipes de informação ao usuário final.				
4.5.	Promove e participa de programas de educação alimentar para clientes.				
4.6.	Elabora o plano anual de trabalho, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições.				

*NA – NÃO SE APLICA

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
5.1.	Integra a equipe responsável pelo cadastro de empresas contratantes.				
5.2.	Planeja e participa de eventos, visando a conscientização dos empresários da área e de representantes de instituições quanto a responsabilidade dos mesmos na saúde coletiva e divulgando o papel do nutricionista.				
5.3.	Realiza e divulga estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação, promovendo o intercambio técnico e científico.				
5.4.	Participa do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.				

*NA – NÃO SE APLICA

6.	CESTA DE ALIMENTOS			
-----------	---------------------------	--	--	--

Nº de Clientes	Nº de Cestas/Mês
----------------	------------------

7.	ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO (A) NUTRICIONISTA EM CESTAS DE ALIMENTOS			
-----------	--	--	--	--

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NÃO
7.1.	Cumprir e faz cumprir a legislação do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT em especial os itens relativos à educação nutricional e aos referenciais de valores nutricionais.				
7.2.	Participa da seleção e do credenciamento de fornecedores de alimentos.				
7.3.	Coordena as atividades de controle de qualidade dos alimentos que compõem a cesta de alimentos.				

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
7.4.	Coordena e executa testes de análise sensorial dos produtos alimentícios que compõem a cesta.				
7.5.	Coordena e executa as atividades de informação do cliente, quanto ao valor nutritivo, manipulação e preparo dos alimentos.				
7.6.	Supervisiona o armazenamento e destino dos gêneros cujas embalagens apresentam avarias.				

*NA – NÃO SE APLICA

8.	ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO (A) NUTRICIONISTA			
-----------	--	--	--	--

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
8.1.	Planeja e executa eventos, visando a conscientização dos empresários da área e de representantes de instituições quanto a importância deste segmento na área da saúde coletiva e divulgando o papel do nutricionista.				
8.2.	Realiza e divulga pesquisas e estudos relacionados a sua área de atuação, promovendo intercâmbio técnico-científico.				
8.3.	Participa do planejamento e execução de programas de treinamento, estágios para alunos de nutrição e educação continuada para profissionais de saúde, desde que sejam preservadas as atribuições privativas do nutricionista.				

* NA – Não se aplica

9.	TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA / TEMPO E EXERCÍCIO PROFISSIONAL			
-----------	---	--	--	--

9.1.	Titulação	9.2.	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 []		
9.3.	Tempo de exercício profissional:		

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

11	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
11.1.	Programas de Informática			Específico [] Outro []
11.2.	Manual de Boas Práticas do Serviço			Padrão [] Personalizado []
11.3.	Procedimentos Operacionais Padronizados – POP			Padrão [] Personalizado []
11.4.	Outros			

12.	PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE	SIM	NÃO	PERIODICIDADE
12.1.	Relatórios técnicos / não conformidade			
12.2.	Avaliação qualitativa junto aos clientes			
12.3.	Controle Integrado de Pragas			
12.4.	Solicitação de exames periódicos dos colaboradores			
12.5.	Exigência de colaboradores uniformizados			
12.6.	Observações:			

13.	CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA	SIM	NÃO	*NA
13.1.	Layout apropriado			
13.2.	Pisos, paredes e tetos adequados, conservados e higienizados			
13.3.	Portas e janelas adequadas, conservadas e higienizadas			
13.4.	Instalações sanitárias adequadas, conservadas e higienizadas			
13.5.	Ventilação e exaustão adequadas, conservados			
13.6.	Sistema de iluminação adequado, conservado			

13.7.	Sistema de coleta de lixo adequado			
13.8.	Observações:			

*NA – NÃO SE APLICA

14.	DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA
------------	--

- Material informativo (cartilhas, folder, panfleto) sobre alimentação saudável e valor nutricional (4.1, 7.1)
- Registro de visitas de orientação mensais a empresas beneficiárias (4.1)
- Parecer técnico sobre as condições higiênico-sanitárias e de qualidade dos produtos (4.2,4.3)
- Programação de ações de educação alimentar para clientes (4.5)
- Plano anual de trabalho (4.6)
- Pesquisas relacionadas a sua área de atuação (5.3 e 8.2)
- Programas de treinamento (5.4 e 8.3)
- Análise da composição da cesta de alimentos modelo(7.1)
- Protocolo para seleção e qualificação de fornecedores (7.2)
- Protocolos para avaliação dos gêneros que compõem as cestas de alimentos (7.3)
- Testes de análise sensorial dos produtos alimentícios (7.3,7.4)
- Manual de Boas Práticas (11.2)
- POP (11.3)
- Relatórios Técnicos de não conformidade (12.1)
- Avaliação qualitativa junto aos clientes (12.2)
- Certificado de controle de pragas (12.3)
- Exames periódicos dos colaboradores (12.4)

15.	ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO (A) NUTRICIONISTA
------------	--

Atividades Obrigatórias <input type="checkbox"/>

- Manual de Boas Práticas POP
- Relatório Técnico Programa de Capacitação de colaboradores
- 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 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.

16.	OBSERVAÇÕES
------------	--------------------

PROFISSIONAL ENTREVISTADO (A)	
Nome	<input type="text"/>
Cargo	<input type="text"/>
Assinatura	<input type="text"/>

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR (A)	
Carimbo e Assinatura	<input type="text"/>