



UF /

**ROTEIRO DE VISITA
 TÉCNICA**

**NUTRIÇÃO EM ALIMENTAÇÃO COLETIVA
 UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
 (UAN) INSTITUCIONAL (PÚBLICA E PRIVADA)**

DATA DA VISITA	
-----------------------	--

Nº DA VISITA	
---------------------	--

VISITA AGENDADA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------	-----------------------------------------------------------

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) NUTRICIONISTA

1.1.	Nome do(a) Nutricionista entrevistado(a)	CRN-_/
-------------	------------------------------------------	--------

1.2.	Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Celetista <input type="checkbox"/> Concursado Celetista <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Outro:
-------------	---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3. Recursos Humanos na Área de Nutrição - Equipe Técnica

Nome	CRN-__	RT / QT	Cargo Horário		Horário de trabalho	Data de Admissão PJ
			Diária	Semanal		

1.4. Há supervisão técnica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo: Nome: Nutricionista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1.5. Nutricionista entrevistado(a) possui outros vínculos de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local/

2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA VISITADA	
2.1.	Razão Social:
2.2.	CNPJ: PJ Nº: _____
2.3.	Razão social da unidade/cliente:
2.4.	CNPJ da unidade/cliente:

3. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - UAN	
----------------------------------------------------------------------	--

3.1.	Tipo de gestão: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Concessão	
Há interlocutor do contrato de concessão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Em caso afirmativo: É Nutricionista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Nome do nutricionista:		CRN-__:

3.2. Local de atuação:		
3.2.1. Serviço de alimentação coletiva em:		
<input type="checkbox"/> Comissaria	<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (cozinha	<input type="checkbox"/> Hotel

	central)	
<input type="checkbox"/> Hotelaria marítima	<input type="checkbox"/> Unidade prisional	
<input type="checkbox"/> Outras empresas e instituições. Especificar:		
3.2.2. Serviço de alimentação coletiva em:		
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Hospital-dia
<input type="checkbox"/> Serviço de terapia renal substitutiva	<input type="checkbox"/> Spa clínico	<input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
<input type="checkbox"/> Outro. Especificar:		

3.3. Horário de funcionamento:	2ª a 6ª	Sábado: _____
	feira:	Domingo: _____

3.4. Há produção e distribuição de refeições em horário noturno?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

3.5. Tipo de serviço: <input type="checkbox"/> Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/> Misto

3.6. Sistema de distribuição das refeições:
<input type="checkbox"/> Cafeteria fixa (balcão térmico) <input type="checkbox"/> Autosserviço (Self-Service) <input type="checkbox"/> Cafeteria mista

3.7.	Dimensionamento da produção de refeições/dia:
-------------	------------------------------------------------------

3.7.1. PEQUENAS REFEIÇÕES	TOTAL	3.7.2. GRANDES REFEIÇÕES	TOTAL	TOTAL GERAL
	L		L	
DESJEJUM		ALMOÇO		
LANCHE		JANTAR		
CEIA		CEIA		
TOTAL		TOTAL		

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

INDICADORES QUALITATIVOS		<i>PM</i>	<i>MP</i>	<i>NÃO</i>
*				
4.1.	<i>Elabora os cardápios de acordo com as necessidades nutricionais dos clientes/usuários.</i>			
4.2.	<i>Elabora informação nutricional do cardápio para clientes/usuários.</i>			
4.3.	<i>Elabora e implanta fichas técnicas das preparações.</i>			
4.4.	<i>Promove periodicamente o aperfeiçoamento e atualização de funcionários.</i>			

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>ÀS VEZES</i>	<i>*NA</i>
4.5.	<i>Elabora cardápio específico aos clientes/usuários com doenças e deficiências associadas à nutrição, bem como aos portadores de necessidades especiais.</i>				
4.6.	<i>Implanta e supervisiona as atividades de:</i>				
	<i>Pré-preparo;</i>				
	<i>Preparo;</i>				
	<i>Distribuição;</i>				
	<i>Transporte de refeições.</i>				
4.7.	<i>Promove programas de educação alimentar e nutricional para clientes/usuários.</i>				
4.8.	<i>Elabora relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana.</i>				
4.9.	<i>Monitora as atividades de seleção de fornecedores e procedência dos alimentos.</i>				

*NA - NÃO SE APLICA

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
5.1.	Participa do planejamento e da supervisão da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios da UAN.				
5.2.	Promove ações de incentivo ao desenvolvimento sustentável.				
5.3.	Realiza análise sensorial das preparações por meio de testes de degustação prévios ao consumo.				
5.4.	Realiza e divulga estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.				
5.5.	Participa do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética.				

*NA - NÃO SE APLICA

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

6.1.	Titulação		6.2.	Atualização Técnica - Últimos 5 anos
------	-----------	--	------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição em esporte <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Textos / livros / artigos <input type="checkbox"/> Cursos / congressos <input type="checkbox"/> Grupos de estudos <input type="checkbox"/> Pesquisa na Internet <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	

6.3. Tempo de exercício profissional:

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			<input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Outros
8.2.	Manual de boas práticas implantado			<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/>] Específico
8.3.	Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) implantados:			
8.3.1	POP 1 - Limpeza e higienização de equipamentos, móveis e utensílios			<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/>] Específico
8.3.2	POP 2 - Controle de pragas			<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/>] Específico
8.3.3	POP 3 - Limpeza e desinfecção da caixa			<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/>

	d'água] Específico
8.3.4	POP 4 - Higiene e saúde dos manipuladores			[] Padrão [] Específico
8.4.	Outros/			

9.	PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE	SIM	NÃO	PERIODICIDADE
9.1.	Controle de temperatura:			
9.1.1.	Preparações			
9.1.2.	Equipamentos			
9.2.	Coleta de amostra das preparações			
9.3.	Avaliação qualitativa junto aos clientes			
9.4.	Laudo de potabilidade da água			
9.5.	Higienização da caixa d'água			
9.6.	Controle integrado de pragas			
9.7.	Solicitação de exames periódicos dos funcionários			
9.8.	Funcionários uniformizados			
9.9.	Desinfecção de gêneros alimentícios			
9.10.	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.	Lavatórios exclusivos para higiene das mãos e produtos de assepsia na área de manipulação		
10.8.	Ventilação e exaustão adequadas e conservadas		
10.9.	Sistema de esgotamento adequado e conservado		
10.10.	Sistema de iluminação adequado e conservado		

10-11.	Sistema de coleta de resíduos adequado		
10-12.	Observações:		

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

- Cardápios (4.1)
- Informação nutricional do cardápio (4.2)
- Fichas técnicas das preparações (4.3)
- Registro periódico de aperfeiçoamento e atualização de funcionários (4.4)
- Cardápios específicos para clientes/usuários com doenças e deficiências associadas à nutrição necessidades especiais (4.5)
- Programa de educação alimentar (4.7)
- Relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas (4.8)
- Registro de ações de incentivo ao desenvolvimento sustentável (5.2)
- Manual de boas práticas (8.2)
- POP (8.3)
 - POP 1 - Limpeza e higienização de equipamentos, móveis e utensílios (8.3.1)
 - POP 2 - Controle de pragas (8.3.2)
 - POP 3 - Limpeza e desinfecção da caixa d'água (8.3.3)
 - POP 4 - Higiene e saúde dos manipuladores (8.3.4)
- Registro de controle de temperatura (9.1)
 - Preparações (9.1.1.)
 - Equipamentos (9.1.2.)
- Avaliação qualitativa junto aos clientes (9.3)
- Laudo de potabilidade da água (9.4)
- Certificado de higienização da caixa d'água (9.5)
- Certificado de controle de pragas (9.6)
- Exames periódicos dos funcionários (9.7)

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

Atividades Obrigatórias <input type="checkbox"/>

- Elaborar cardápios (4.1)
 - Elaborar informação nutricional do cardápio (4.2)
 - Elaborar e implantar fichas técnicas das preparações (4.3)
 - Promover periodicamente o aperfeiçoamento e atualização de funcionários (4.4)
 - Elaborar cardápios específicos para clientes/usuários com doenças e deficiências associadas à nutrição necessidades especiais (4.5)
 - Promover programa de educação alimentar (4.7)
 - Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas (4.8)
 - Elaborar e implantar o manual de boas práticas específico (8.2)
 - Elaborar e implantar os POP específicos (8.3)
 - POP 1 - Limpeza e higienização de equipamentos, móveis e utensílios (8.3.1)
 - POP 2 - Controle de pragas (8.3.2)
 - POP 3 - Limpeza e desinfecção da caixa d'água (8.3.3)
 - POP 4 - Higiene e saúde dos manipuladores (8.3.4)
 - Registrar o controle de temperatura (9.1)
 - Preparações (9.1.1.)
 - Equipamentos (9.1.2.)
 - Avaliação qualitativa junto aos clientes (9.3)
 - Laudo de potabilidade da água (9.4)
 - Certificado de higienização da caixa d'água (9.5)
 - Certificado de controle de pragas (9.6)
 - Exames periódicos dos funcionários (9.7)
 -
- Outras

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-__ e outros Órgãos de Fiscalização.

A legislação do Sistema CFN/CRN está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-_: www.crn_.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)	
<i>Nome</i>	
<i>Cargo</i>	
<i>Assinatura</i>	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
<i>Carimbo e Assinatura</i>	