



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |_5_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº
DATA DO PROTOCOLO:
FUNCIONÁRIO:

Dimensionamento INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

Razão Social: _____ **CNPJ** _____ / _____ - _____ **Inscrição CRN-5 Nº.** _____

Nome da Unidade: _____

Endereço da Central/Unidade de Produção: _____

Bairro: _____ **Município:** _____ **UF:** _____ **Fone:** _____

Nutricionista Responsável Técnico: _____ **CRN-5 nº** _____

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição: Estatutário, Celetista, Contratado, Concursado Celetista, Outro:

Responsável Técnico desde: ___/___/___ Carga horária semanal ___ h/semana, distribuídas da seguinte forma:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :

Existência de Quadro Técnico:
 Não Sim*: Nº. de Nutricionistas _____
 Nº. de Técnicos _____ * Se
 sim preencher pagina 2 deste formulário

Produção De Alimentos Caso Terceirizada Preencher Apenas Os Dados Abaixo, Caso Auto Gestão Preencher Quadro	Café Da Manhã	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia Pequena Refeição	Ceia Grande Refeição	Total
								GRANDES REFEIÇÕES
Empresa Cnpj Endereço	Sucos (L)	Água De Coco (L)	Liquidos (L)	Café (L)	Sonda Fechada (L)	Salgados/ Sanduiches (Und)	OUTROS	PEQUENAS REFEIÇÕES

Assistência Clínica Caso Terceirizada Preencher Apenas Os Dados Abaixo, Caso Auto Gestão Preencher Quadro	Total	Grau I De Dependência	Grau II De Dependência	Grau III De Dependência	Ambulatório/Consultório
	Clientes/Dia	Clientes/Dia	Clientes/Dia	Clientes/Dia	Consultas De Retorno Nº. De Clientes/Dia _____ Primeira Consulta Nº. De Clientes/Dia _____
Empresa Cnpj Endereço					

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN-5 e só será válido se estiver devidamente preenchido e assinado; e devidamente protocolado pelo CRN-5. Não serão aceitas versões enviadas por CORREIO ELETRÔNICO ou FAX.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico da Empresa

