|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dimensionamento Unidade de Alimentação e Nutrição -UAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razão Social:** |  | | | | CNPJ |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Filial/ Unidade:** |  | | | | CNPJ |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Endereço da Central/Unidade de Produção:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bairro:** | | | | **Município:** | **UF:** | | | | | | | | | | | **Fone:** | | | | | | | | |
| **Nutricionista Responsável Técnico (RT):** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | CRN-5 nº | | | | | | |
| Vínculo do Nutricionista RT com a empresa/instituição:    Estatutário,  Celetista,  Contratado,  Concursado Celetista,  Outro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Responsável Técnico desde:**   /  /    Carga horária semanal  \_\_h/semana, distribuídas da seguinte forma:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Segunda    :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :  às   : | Sexta    :  às   : | Sábado    :  às   : | Domingo    :  às   : | | | | | | | | | | | | | **Existência de Quadro Técnico( O RT não compõe QT** )**:**  Não  Sim\*: No. de Nutricionistas \_\_\_\_\_  No. de Técnicos \_\_\_\_\_\_\_  \* Se sim preencher pagina 2 deste formulário. | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO:   1. **Utilizar a média de refeições/ DIA** 2. Em caso de Hotel declarar as refeições de funcionários – PAT 3. Coffee breaks, kits lanches, sucos, e outros deverão ser colocados em **Lanches** 4. A Ceia Grande Refeição – Ceias compostas por preparações proteicas e que demandem maior tempo de preparação. 5. **Grande Refeição –** refeição com maior aporte calórico e fornecida em horários que correspondem ao **almoço, jantar ou ceia-jantar;** 6. **Pequena Refeição –** refeição com menor aporte calórico e fornecida em horários que correspondem ao **desjejum, lanche da tarde, lanche noturno e ceia padrão simples**; | CAFÉ DA MANHÃ | COLAÇÃO  (Lanche da manhã) | ALMOÇO | LANCHE | JANTAR | CEIA  PEQUENA REFEIÇÃO | CEIA GRANDE REFEIÇÃO | **TOTAL/ DIA** |
| No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | No. **refeições/ DIA** | **GRANDES REFEIÇÕES** |
| **PEQUENAS REFEIÇÕES** |

*Este documento deverá ser encaminhado ao CRN-5 e só será válido se assinado pelo profissional citado e protocolado pelo CRN-5. Não serão aceitas versões enviadas por correio eletrônico ou fax.* **Não serão aceitos Formulários com Rasuras e Corretivos***.* Todos os campos deverão estar devidamente preenchidos. Um campo em branco anulará o documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico da Empresa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE (exceto o RT que não compõe QT)** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **RAZÃO SOCIAL** | **REGISTRO No.:** | **CNPJ** |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  | **-** |  |  | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **FILIAL** | **FILIAL No.:** | **CNPJ** |  |  |  |  |  |  |  |  | **/** |  |  |  |  | **-** |  |  | | | | | | | | | |
| **Nome** | **ÁREA** | **CRN** | **Profissional** | **Carga Horária Semanal** | | | | |
| *Nome:*  *Assinatura* |  |  | ☐ Nutricionista  ☐ Técnico | Segunda   :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :   às   : | Sexta    :   às   : |
| Sábado    :   às   : | Domingo    :   às   : | Plantão  Não  Sim  Plantão 12x36  Plantão 24h  Plantão 12x60  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Total da Carga horária: |
| *Nome:*  *Assinatura* |  |  | ☐ Nutricionista  ☐ Técnico | Segunda   :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :   às   : | Sexta    :   às   : |
| Sábado    :   às   : | Domingo    :   às   : | Plantão  Não  Sim  Plantão 12x36  Plantão 24h  Plantão 12x60  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Total da Carga horária: |
| *Nome:*  *Assinatura* |  |  | ☐ Nutricionista  ☐ Técnico | Segunda   :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :   às   : | Sexta    :   às   : |
| Sábado    :   às   : | Domingo    :   às   : | Plantão  Não  Sim  Plantão 12x36  Plantão 24h  Plantão 12x60  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Total da Carga horária: |
| *Nome:*  *Assinatura* |  |  | ☐ Nutricionista  ☐ Técnico | Segunda   :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :   às   : | Sexta    :   às   : |
| Sábado    :   às   : | Domingo    :   às   : | Plantão  Não  Sim  Plantão 12x36  Plantão 24h  Plantão 12x60  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Total da Carga horária: |
| *Nome:*  *Assinatura* |  |  | ☐ Nutricionista  ☐ Técnico | Segunda   :   às   : | Terça    :   às   : | Quarta    :   às   : | Quinta    :   às   : | Sexta    :   às   : |
| Sábado    :   às   : | Domingo    :   às   : | Plantão  Não  Sim  Plantão 12x36  Plantão 24h  Plantão 12x60  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Total da Carga horária: |

**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.** **Não serão aceitos Formulários com Rasuras e Corretivos***.*

**Afirmo ser verdade que a empresa em epígrafe desempenha atividades ligadas a alimentação APENAS E SOMENTE nas unidades relatadas neste formulário.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico da Empresa