

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 Por kilo Self-service Rodízio Delivery

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

8	RECURSOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
8.1.	Programas de Informática			Específico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
8.2.	Manual de Boas Práticas do Serviço			Padrão <input type="checkbox"/> personalizado <input type="checkbox"/>
8.3.	Procedimentos Operacionais Padronizados – POP			Padrão <input type="checkbox"/> personalizado <input type="checkbox"/>
8.4.	Outros			

9.	PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE	SIM	NÃO	PERIODICIDADE
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			

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.	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) NUTRICIONISTAAtividades Obrigatórias

- Manual de Boas Práticas personalizado
- Relatório Técnico
- Coleta de amostras
- Outras
- Controle de temperatura - impresso
- Programa de Capacitação de colaboradores
- POP

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-6 e outros Órgãos de Fiscalização. A legislação do Sistema CFN/CRN está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-__: www._____

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	
----------------------	--

ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

ALIMENTAÇÃO COLETIVA - UAN

Concessionária [] Auto Gestão [] Restaurante Comercial []
 Buffet / Congelados [] Comissária [] Hotelaria Marítima []

DATA DA VISITA | _____ |

Nº DA VISITA | _____ |

VISITA AGENDADA | Sim [] Não []

ANEXO 1

Solicitações das Atribuições Obrigatórias do Nutricionista

Item - 4.1. – “Planeja cardápios de acordo com as necessidades da clientela”

- Padrão Mínimo:** Planejamento de cardápio adequado à clientela para uma semana.
- Meta Padrão:** Planejamento de cardápio adequado à clientela para um mês.

Observações: _____

Item - 4.2. – “Calcula valor nutritivo das refeições”

- Padrão Mínimo:** Calculo do valor nutritivo (macronutrientes) do Cardápio com apresentação do VET para uma semana.
- Meta Padrão:** Calculo do valor nutritivo (macronutrientes) do Cardápio com apresentação do VET para um mês. Parâmetros Nutricionais do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador).

Observações: _____

Item - 4.3. – “Elabora/Coordena confecção de Receituário Padrão e Fichas Técnicas.”

- Padrão Mínimo:** Elabora fichas técnicas/ receituário padrão, no mínimo para as grandes refeições de uma semana contendo : *Per capita*, Fator de Correção, Quantidade total, Etapas da elaboração, Cálculo do VET.
- Meta Padrão :** Elabora fichas técnicas/ receituário padrão, para pequenas e grandes refeições de para quinze dias contendo : *Per capita*, Fator de Correção, Quantidade total, Etapas da elaboração, Cálculo do VET.

Observações: _____

Item- 4.4. – “Planeja / Executa periodicamente Programas de Treinamento dos Colaboradores”.

- Padrão Mínimo:** Planeja e executa programa de capacitação semestral para colaboradores.
- Meta Padrão:** - Planeja e executa programas de capacitação trimestral para colaboradores, planejando e implantando programas de educação continuada.

Observações: _____

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)

Nome | _____ |

Cargo | _____ |

Assinatura | _____ |

Carimbo e
Assinatura