



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**NUTRIÇÃO CLÍNICA  
AMBULATÓRIO /  
CONSULTÓRIO**

Ambulatório [ ]      Consultório [ ]

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-<br>— | RT /<br>QT | Carga Horária |         |                           | Data de<br>Admissão<br>PJ |
|------|-----------|------------|---------------|---------|---------------------------|---------------------------|
|      |           |            | Diária        | Semanal | Horário<br>de<br>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: \_\_\_\_\_

Hospital / Clínica

Público [ ]

Privado [ ]

Consultório/Ambulatório

Público [ ]

Privado [ ]

Natureza

Filantropico [ ] Cooperativas [ ] Associações [ ] Particular em sentido estrito [ ]  
Convênios [ ] Outros [ ] \_\_\_\_\_

**3. PERFIL DO ATENDIMENTO DO(S) NUTRICIONISTA(S)**

3.1 Dias de atendimento/horário

3.2 Nº Médio de atendimentos / dia turno

3.3 Tempo médio para a primeira consulta

3.4 Tempo médio para atendimento do retorno

3.5 Clientela atendida pelo profissional  
Criança [ ] Adolescente [ ] Gestante [ ] Adulto [ ]  
Idoso [ ]  
Outros [ ]3.6 Reuniões em grupo  
Frequência: semanal [ ] mensal [ ] trimestral [ ]  
Outros [ ]  
Tempo médio de reunião: \_\_\_\_\_  
Número de Participantes: \_\_\_\_\_

3.7 Outros: \_\_\_\_\_

**4. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA**

Horário de funcionamento | 2ª a 6ª feira | Sábado/Domingo

**5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA**

| INDICADORES QUALITATIVOS |  | PM | MP | NÃO |
|--------------------------|--|----|----|-----|
| *                        |  |    |    |     |
| 5.1.                     | Elabora o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos |    |    |     |
| 5.2.                     | Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional                       |    |    |     |
| 5.3.                     | Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional                                   |    |    |     |
| 5.4.                     | Promove educação alimentar e nutricional   |    |    |     |

\*PM – padrão mínimo MP – Meta-padrão Não – não atinge padrão mínimo

| INDICADORES QUANTITATIVOS |  | SIM | NÃO | AV | * NA |
|---------------------------|--|-----|-----|----|------|
| 5.5.                      | Encaminha aos profissionais habilitados os clientes/pacientes quando identificar que as atividades demandadas fogem às suas atribuições técnicas |     |     |    |      |
| 5.6                       | Estabelece receituário individualizado de prescrição dietética, para distribuição ao cliente/paciente  |     |     |    |      |

\*NA – NÃO SE APLICA

**6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA**

| INDICADORES QUANTITATIVO |   | SIM | NÃO | AV | * NA |
|--------------------------|---|-----|-----|----|------|
| *                        |   |     |     |    |      |
| 6.1.                     | Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional |     |     |    |      |

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 6.2. | Prescreve suplementos nutricionais e alimentos para fins especiais |  |  |  |  |
| 6.3. | Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação                 |  |  |  |  |
| 6.4. | Acompanha e orienta estagiários de nutrição                        |  |  |  |  |

\*NA – NÃO SE APLICA

| 7. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL   |   |
|--|---|
| 7.1. Titulação   | 7.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos   |
| Especialização [ ]<br>Alimentação Coletiva [ ]<br>Nutrição Clínica [ ]<br>Saúde Coletiva [ ]<br>Nutrição em esportes [ ]<br>Outras [ ] | Textos / livros / artigos [ ]<br>Cursos / congressos [ ]<br>Grupos de estudos [ ]<br>Pesquisa na Internet [ ]<br>Outros (especificar) [ ] |
| Mestrado [ ]<br>Doutorado [ ]  |   |
| 7.3. Tempo de exercício profissional:  |   |

| 8. ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA , SE HOUVER |
|---|
|   |
|   |
|   |
|   |

| 9.   | RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS | SIM | NÃO | OBSERVAÇÕES  |
|------|---|-----|-----|--|
| 9.1. | Programas de Informática                        |     |     | Específico [ ] Outros [ ]  |
| 9.2. | Equipamentos para avaliação nutricional         |     |     | Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ]<br>Balança [ ] Fita métrica [ ]<br>Adipômetro [ ]<br>Outros [ ] |
| 9.3. | Orientações nutricionais complementares         |     |     |  |
| 9.4. | Material técnico para educação nutricional      |     |     |  |
| 9.5. | Outros  |     |     |  |

| 10. DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA   |
|---|
| [ ] Protocolo técnico ou registro no prontuário do diagnóstico nutricional (5.1)        |
| [ ] Plano alimentar individualizado e lista de substituição (5.2)                       |
| [ ] Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (5.3) |
| [ ] Programa de educação alimentar (5.4)  |

| 11. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA |
|--|
| Atividades Obrigatórias [ ]                        |
|  |
| [ ] Protocolo de atendimento nutricional           |
| [ ] Outras [ ]                                     |

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-4 e outros Órgãos de Fiscalização.

A legislação do Sistema CFN/CRN está disponível nos sites do CFN: [www.cfn.org.br](http://www.cfn.org.br) e CRN-4: [www.crn4.org.br](http://www.crn4.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.

|                        |
|------------------------|
| <b>12. OBSERVAÇÕES</b> |
|------------------------|

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)</b> |
|-------------------------------------|

|      |  |
|------|--|
| Nome |  |
|------|--|

|       |  |
|-------|--|
| Cargo |  |
|-------|--|

|            |  |
|------------|--|
| Assinatura |  |
|------------|--|

|   |
|---|
| <b>NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)</b> |
|---|

|                      |  |
|----------------------|--|
| Carimbo e Assinatura |  |
|----------------------|--|