



**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

[ ] Sim [ ] Não

**1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) NUTRICIONISTA**

1.1. Nome do(a) Nutricionista entrevistado(a) |

CRN-\_\_|

1.2. Vínculo de Trabalho

[ ] Celetista [ ] Concursado Celetista [ ] Contratado [ ] Estatutário  
 [ ] 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	

1.4. Há supervisão técnica?

[ ] Sim [ ] Não

**Em caso afirmativo:**

Nome:

Nutricionista? [ ] Sim [ ] Não

1.5. Nutricionista entrevistado(a) possui outros vínculos de trabalho?

[ ] Sim [ ] Não

Local |

<b>2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA VISITADA</b>	
2.1.	Razão Social:
2.2.	CNPJ: <span style="float: right;">PJ N°: _____</span>
2.3.	Razão social da unidade/cliente:
2.4.	CNPJ da unidade/cliente:

<b>3. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - UAN</b>	
--	--

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.	<b>Local de atuação:</b>		
<b>3.2.1. Serviço de alimentação coletiva em:</b>			
<input type="checkbox"/>	Comissaria	<input type="checkbox"/>	Concessionária de alimentação (cozinha central)
<input type="checkbox"/>	Hotelaria marítima	<input type="checkbox"/>	Unidade prisional
<input type="checkbox"/> Outras empresas e instituições. Especificar:			
<b>3.2.2. Serviço de alimentação coletiva em:</b>			
<input type="checkbox"/>	Clínica	<input type="checkbox"/>	Hospital
<input type="checkbox"/>	Serviço de terapia renal substitutiva	<input type="checkbox"/>	Spa clínico
<input type="checkbox"/>			Hospital-dia
<input type="checkbox"/>			Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
<input type="checkbox"/> Outro. Especificar:			

3.3. Horário de funcionamento:	2ª a 6ª feira:	Sábado: _____
		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		
DESJEJUM		ALMOÇO			
LANCHE		JANTAR			
CEIA		CEIA			
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL GERAL</b>	

<b>4.</b>	<b>ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	--

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

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

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

\*NA – NÃO SE APLICA

<b>5.</b>	<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	--

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
<b>5.1.</b>	Participa do planejamento e da supervisão da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios da UAN.				
<b>5.2.</b>	Promove ações de incentivo ao desenvolvimento sustentável.				
<b>5.3.</b>	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

<b>8.3.3</b>	POP 3 – Limpeza e desinfecção da caixa d'água			[ ] Padrão [ ] Específico
<b>8.3.4</b>	POP 4 – Higiene e saúde dos manipuladores			[ ] Padrão [ ] Específico
<b>8.4.</b>	Outros			

<b>9.</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
<b>9.1.</b>	Controle de temperatura:			
<b>9.1.1.</b>	Preparações			
<b>9.1.2.</b>	Equipamentos			
<b>9.2.</b>	Coleta de amostra das preparações			
<b>9.3.</b>	Avaliação qualitativa junto aos clientes			
<b>9.4.</b>	Laudo de potabilidade da água			
<b>9.5.</b>	Higienização da caixa d'água			
<b>9.6.</b>	Controle integrado de pragas			
<b>9.7.</b>	Solicitação de exames periódicos dos funcionários			
<b>9.8.</b>	Funcionários uniformizados			
<b>9.9.</b>	Desinfecção de gêneros alimentícios			
<b>9.10.</b>	Observações:			

<b>10.</b>	<b>CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>10.1.</b>	Layout apropriado		
<b>10.2.</b>	Pisos, paredes e tetos adequados, conservados e higienizados		
<b>10.3.</b>	Portas e janelas adequadas, conservadas e higienizadas		
<b>10.4.</b>	Equipamentos conservados e higienizados		
<b>10.5.</b>	Utensílios adequados, conservados e higienizados		
<b>10.6.</b>	Instalações sanitárias adequadas, conservadas e higienizadas		
<b>10.7.</b>	Lavatórios exclusivos para higiene das mãos e produtos de assepsia na área de manipulação		
<b>10.8.</b>	Ventilação e exaustão adequadas e conservadas		
<b>10.9.</b>	Sistema de esgotamento adequado e conservado		
<b>10.10.</b>	Sistema de iluminação adequado e conservado		
<b>10.11.</b>	Sistema de coleta de resíduos adequado		
<b>10.12.</b>	Observações:		

<b>11.</b>	<b>DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA</b>
------------	--

- [ ] 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)

<b>12. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA</b>
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](http://www.cfn.org.br) e CRN-\_: [www.crn\\_.org.br](http://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)	
Nome	
Cargo	
Assinatura	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Carimbo e Assinatura	