

	CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS	UF BA/SE	PROTOCOLO CRN-5 nº
	CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª. REGIÃO		DATA DO PROTOCOLO: FUNCIONÁRIO:

### DIMENSIONAMENTO DE EMTN ( ATIVIDADE EXCLUSIVA DA EMPRESA)

<b>I - PESSOA JURÍDICA</b>											
Razão Social: _____											
Nº CRN-5: _____				CNPJ: _____			/ _____			- _____	
Situada à: _____											
Bairro: _____			Município: _____				UF: _____		CEP: _____		
Telefone: _____					E-mail: _____						
<b>II - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>											
Nome: _____								Nº CRN- : _____			
<b>- Carga horária semanal ____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:</b>											
Data da Admissão: __/__/__	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
								<input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h <input type="checkbox"/> _____			
Vínculo do Nutricionista com a PJ : <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado, <input type="checkbox"/> Concursado Celetista, <input type="checkbox"/> Outro:											
Existe Quadro Técnico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( preencher quadro no verso) <b>O RT não compõe o QT</b>											
Produção/ Distribuição de Dietas Enterais	Dieta Enteral Fechadas (I)		Dieta Enteral Abertas (I)		Módulos (I)		Suplementos (I)		Outros		
Assistência/ dia	Leitos Terciários		Possui Lactário				Possui Local para manipulação exclusiva de dieta enteral?				
	Número de Clientes/ dia _____		Possui Lactário <input type="checkbox"/> Sim (Especificar No Quadro O Nutricionista) <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Sim (Especificar Nº Quadro O Nutricionista) <input type="checkbox"/> Não				

<b>III - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES</b>		
Nº	Principais Clientes:	Nº médio de Distribuição de Dieta/mês
1	Nome: CNPJ:	
2	Nome: CNPJ:	
3	Nome: CNPJ:	
4	Nome: CNPJ:	

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.

As Unidades que possuem assistência tem que ser apresentados Formulários de Termo de Compromisso e Dimensionamento por Unidade.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico pela Empresa



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª. REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:**FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR**

Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em nutrição da Pessoa Jurídica, exceto Responsável Técnico que não compõe QT

Razão Social:

CNPJ

CRN-5 Nº

Filial/Unidade

CNPJ

CRN-5 Nº

Nome	CRN	Profissional <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Carga Horária Semanal				
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
Assinatura:			Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h	Total da Carga horária:	
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :		Quinta : às :
Assinatura:			Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h	Total da Carga horária:	
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :		Quinta : às :
Assinatura:			Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h	Total da Carga horária:	
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :		Quinta : às :
Assinatura:			Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h	Total da Carga horária:	
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :		Quinta : às :
Assinatura:			Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h	Total da Carga horária:	
			Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :		Quinta : às :

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 pela Empresa