



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |_5_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº
DATA DO PROTOCOLO:
FUNCIONÁRIO:

Dimensionamento Hospital, Clínicas com Internamento, Hospital Dia, SPA

Razão Social:		CNPJ														CRN-5 Nº.
Filial / Unidade:		CNPJ							/						-	CRN-5 Nº.

Endereço da Central/Unidade de Produção:

Bairro:	Município:	UF:	Fone:
----------------	-------------------	------------	--------------

Nutricionista Responsável Técnico:		CRN-5 Nº.
---	--	------------------

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição: Estatutário, Celetista, Contratado, Concursado Celetista, Outro:

Responsável Técnico desde: ___/___/___ Carga horária semanal ___ h/semana, distribuídas da seguinte forma:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	<input type="checkbox"/> Plantão 12x36
							<input type="checkbox"/> Plantão 12x60
							<input type="checkbox"/> Plantão 24 h _____

Existência de Quadro Técnico:

Não Sim*: Nº. de Nutricionistas _____

Nº. de Técnicos _____

*Se sim preencher pagina 2 deste formulário. O RT não compõe QT

Produção De Alimentos (especificar por DIA) Caso Terceirizada por outra empresa: Preencher Apenas Este Quadro, Caso Auto Gestão: Preencher Todos Os Campos	Café Da Manhã	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia Pequena Refeição	Ceia Grande Refeição	Total
								Grandes Refeições
Empresa CNPJ Endereço	Sucos (L)	Água De Coco (L)	Líquidos (L)	Café (L)	Sonda Fechada (L)	Salgados/Sandwiches (Und)	Outros	Pequenas Refeições
Nutrição Clínica (média de clientes/dia) Caso Terceirizada por outra empresa: Preencher Apenas Este Quadro, Caso Auto Gestão Preencher Todos Os Campos	Leitos Primários Nº. De Clientes/Dia _____	Leitos Secundários Nº. De Clientes/Dia _____	Leitos Terciários Nº. De Clientes/Dia _____	Ambulatório/Consultório				
Empresa CNPJ Endereço	Possui Lactário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar No Quadro O Nutricionista	Possui Banco De Leite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar No Quadro O Nutricionista	EMTN Própria <input type="checkbox"/> Sim (Especificar No Quadro O Nutricionista) <input type="checkbox"/> Não - Empresa CNPJ Endereço	Consultas De Retorno Nº. De Clientes/Dia _____ Primeira Consulta Nº. De Clientes/Dia _____				

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 da Empresa



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |_5_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº
DATA DO PROTOCOLO:
FUNCIONÁRIO:

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE (Com exceção do RT que não compõe QT)

Razão Social:					CNPJ										/	-
Filial/ Unidade:					CNPJ										/	-
Nome	ÁREA	CRN	Profissional	Carga Horária Semanal												
Assinatura			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :								
			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60			Total da Carga horária:							
Assinatura			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :								
			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60			Total da Carga horária:							
Assinatura			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :								
			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60			Total da Carga horária:							
Assinatura			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :								
			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60			Total da Carga horária:							
Assinatura			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :								
			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> 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.

Área Preencher com: Clínica, EMTN, Lactário, Banco de Leite, Ambulatório, Consultório

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico da Empresa