	CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS **CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |_5_| ª REGIÃO**	UF BA/SE	**PROTOCOLO CRN-5 nº** **DATA DO PROTOCOLO:** **FUNCIONÁRIO:**

Dimensionamento Outras Áreas Clínicas

Razão Social:		**CNPJ**										/					-			№ **Registro**
Unidade/ Filial:		**CNPJ**										/					-			**Nº Filial**

Endereço da Matriz /Unidade:			
Bairro:	**Município:**	**UF:**	**Fone:**
Nutricionista Responsável Técnico:			**CRN-5** №

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
: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :

Existência de Quadro Técnico:

☐ Não ☐ Sim*: Nº. de Nutricionistas _____

Nº. de Técnicos _____

* Se sim preencher a página 2 deste formulário .

O RT não compõe QT

Home Care Atendimento Domiciliar	Primeiro Atendimento Nº. De Clientes/Dia _____	Atendimento De Retorno Nº. De Clientes/Dia _____
Ambulatório/Consultório	Primeira Consulta Nº. De Clientes/Dia _____	Consultas De Retorno Nº. De Clientes/Dia _____
Outros Especificar		

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 (exceto o RT que não compõe QT)

RAZÃO SOCIAL	**REGISTRO Nº.:**	**CNPJ**											/						-		
FILIAL	**FILIAL Nº.:**	**CNPJ**											/						-		

Nome	**ÁREA**	**CRN**	**Profissional**	**Carga Horária Semanal**				
Assinatura			☐ Nutricionista ☐ Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
				Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 12x60		Total da Carga horária:
Assinatura			☐ Nutricionista ☐ Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
				Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 12x60		Total da Carga horária:
Assinatura			☐ Nutricionista ☐ Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
				Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 12x60		Total da Carga horária:
Assinatura			☐ Nutricionista ☐ Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
				Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 12x60		Total da Carga horária:
Assinatura			☐ Nutricionista ☐ Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Sexta : às :
				Sábado : às :	Domingo : às :	Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ 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