



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |\_5\_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:

## Dimensionamento Unidade de Alimentação e Nutrição BUFFET

<b>Razão Social:</b>															
<b>E-Mail:</b>								CNPJ		/		-		<b>Nº. Registro</b>	
<b>Nome da Unidade/ Filial</b>								CNPJ		/		-		<b>Nº Filial</b>	
<b>Endereço da Central/ Matriz/Unidade De Produção:</b>															
<b>Bairro:</b>				<b>Município:</b>				<b>UF</b>				<b>Fone:</b>			
<b>Nutricionista Responsável Técnico:</b>										<b>Crn-5 Nº</b>					
Vínculo Do Nutricionista Com A Empresa/Instituição: <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado, <input type="checkbox"/> Concursado Celetista, <input type="checkbox"/> Outro:															
<b>Responsável Técnico Desde:</b> / /								<b>Existência De Quadro Técnico:</b>							
Carga Horária Semanal ___h/Semana, Distribuídas da seguinte forma:								<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim*: Nº. De Nutricionistas _____							
Segunda : Às :		Terça : Às :		Quarta : Às :		Quinta : Às :		Sexta : Às :		Sábado : Às :		Domingo : Às :		Domingo : Às : * Se Sim Preencher a Página 2 Deste Formulário. O RT não compõe QT	
<b>Relação De Unidades Clientes</b>															

Nº	Principais Clientes:	Tipo De Serviço	Produção por evento	Nº Médio De Eventos Por Mês	Número Médio De Pessoas Por Evento	Produção De Refeições/Preparações:
1	Nome/ Razão Social:	Almoço/Jantar				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	CNPJ:	Kit Lanche				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Endereço:	Café Da Manhã/ Coffe Break				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Município-UF: CEP::	Coquetel / Outros (especificar)				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
2	Nome/ Razão Social:	Almoço/Jantar				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	CNPJ:	Kit Lanche				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Endereço:	Café Da Manhã/ Coffee Break				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Município-UF: CEP::	Coquetel / Outros (especificar)				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
3	Nome/ Razão Social:	Almoço/Jantar				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	CNPJ:	Kit Lanche				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Endereço:	Café Da Manhã/ Coffee Break				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada
	Município-UF: CEP::	Coquetel/ Outros (especificar)				<input type="checkbox"/> No Local Do Evento / <input type="checkbox"/> Transportada

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



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 o QT)**

<b>Razão Social:</b>		<b>CNPJ</b> _____ / _____ - _____										<b>Registro N.º.</b>	
<b>Filial:</b>		<b>CNPJ</b> _____ / _____ - _____										<b>Filial N.º.</b>	
<b>Nome</b>	<b>CRN</b>	<b>Profissional</b>		<b>Carga Horária Semanal</b>									
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :								
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :								
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :								
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :								
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :								
<i>Assinatura</i>		<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	Total da Carga horária:						
		<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : 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 da Empresa