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

### DIMENSIONAMENTO DE CESTA DE ALIMENTOS

#### I - PESSOA JURÍDICA

Razão Social:									
Nº CRN-5:			CNPJ:						
Situada à:									
Bairro:			Município:				UF:		CEP:
Telefone:					E-mail:				

#### II - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:							Nº CRN- :							
Data da Admissão:	- Carga horária semanal ____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:													
_/_/	Segunda : às :		Terça : às :		Quarta : às :		Quinta : às :		Sexta : às :		Sábado : às :		Domingo : às :	
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)														
Total de Cestas de Alimentos produzidas/mês:														


#### III - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES

Nº	Principais Clientes:	Nº médio de cestas produzidas por mês:
1	Nome: CNPJ:	
2	Nome: CNPJ:	
3	Nome: CNPJ:	
4	Nome: CNPJ:	
5	Nome: CNPJ:	
6	Nome: CNPJ:	
7	Nome: CNPJ:	
8	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.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico pela Empresa

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

## FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

**Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em nutrição da Pessoa Jurídica, exceto Responsável Técnico**

Razão Social:							
Nome	CRN	Profissional	Carga Horária Semanal				
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:	
Assinatura:		<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :	
			Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	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.**

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico pela Empresa