



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - [\_5\_]ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:

### Dimensionamento Clínica de Hemodiálise

<b>Razão Social:</b>		<b>CNPJ</b>							/							-		<b>Nº Registro</b>
<b>Nome da Unidade/ Filial:</b>		<b>CNPJ</b>							/							-		<b>Nº Filial</b>
<b>Endereço da Central/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:  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 pagina 2 deste formulário

Produção De Alimentos <b>(especificar por dia)</b> Caso Terceirizada Informar: Empresa CNPJ Endereço	Café Da Manhã	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia Pequena Refeição	Ceia Grande Refeição	Total
								GRANDES REFEIÇÕES
								PEQUENAS REFEIÇÕES
Número Total De Clientes (Especificar Total De Clientes Por Turno)	Primeiro Turno Nº. Clientes/Turno:		Segundo Turno Nº. Clientes/Turno:		Terceiro Turno Nº. Clientes/Turno:		Quarto Turno Nº. Clientes/Turno:	Total/Dia
Ambulatório/Consultório (Especificar A Média De Atendimentos/Turno)	Nº. Clientes/Turno:		Nº. Clientes/Turno:		Nº. Clientes/Turno:		Nº. Clientes/Turno:	Total/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. OBS: Pequenas refeições = Café da manhã, colação, lanche ou ceia pequena. Grande refeição ( almoço, jantar, ceia grande)

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 o QT)**

<b>Razão Social:</b>	<b>Nº Registro</b>	<b>CNPJ</b>							/							-		
<b>Unidade/Filial:</b>	<b>Nº Filial</b>	<b>CNPJ</b>							/							-		
<b>Nome</b>	<b>ÁREA</b>	<b>CRN</b>	<b>Profissional</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>														
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta										
				: às :	: às :	: às :	: às :	: às :										
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado	Domingo	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Total da Carga horária:										
				: às :	: às :	<input type="checkbox"/> Plantão 12x36	<input type="checkbox"/> Plantão 12x60											
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta										
				: às :	: às :	: às :	: às :	: às :										
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado	Domingo	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Total da Carga horária:										
				: às :	: às :	<input type="checkbox"/> Plantão 12x36	<input type="checkbox"/> Plantão 12x60											
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta										
				: às :	: às :	: às :	: às :	: às :										
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado	Domingo	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Total da Carga horária:										
				: às :	: às :	<input type="checkbox"/> Plantão 12x36	<input type="checkbox"/> Plantão 12x60											
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta										
				: às :	: às :	: às :	: às :	: às :										
<i>Assinatura</i>			<input type="checkbox"/> Técnico	Sábado	Domingo	Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Total da Carga horária:										
				: às :	: às :	<input type="checkbox"/> Plantão 12x36	<input type="checkbox"/> Plantão 12x60											

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, Consultório, UAN.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico da Empresa