	<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:</b>
			<b>FUNCIONÁRIO:</b>


### DIMENSIONAMENTO DE INDÚSTRIA EM GERAL

<b>I - PESSOA JURÍDICA</b>							
Razão Social: _____							
Nº CRN-5		CNPJ: _____ / _____ - _____					
Situada à: _____							
Bairro: _____			Município: _____			UF: _____	CEP: _____
Telefone: _____				E-mail: _____			
<b>II - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>							
Nome: _____						Nº CRN- : _____	
<b>- Carga horária semanal _____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:</b>							
Data da Admissão: ____/____/____	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)							
<b>III – PRODUÇÃO MÉDIA – DECLARAR APENAS OS PRODUZIDOS NA PRÓPRIA INDÚSTRIA (PRODUÇÃO/DIA – especificar o produto)</b>							
Produto		Produto			Produto		
Produto		Produto			Produto		
<b>IV - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES</b>							
<b>Principais Clientes:</b>				<b>Principais Produtos Fornecidos:</b>		<b>Nº Médio de itens oferecidos por mês</b>	<b>Início do contrato em:</b>
Nome: _____							
CNPJ: _____ / _____ - _____							
Nome: _____							
CNPJ: _____ / _____ - _____							
Nome: _____							
CNPJ: _____ / _____ - _____							
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>	<b>UF BA/SE</b>	<b>PROTOCOLO CRN-5 nº</b>
	<b>CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª. REGIÃO</b>		<b>DATA DO PROTOCOLO: FUNCIONÁRIO:</b>

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR						
Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em nutrição da Pessoa Jurídica, exceto Responsável Técnico						
<b>Razão Social:</b>			<b>Registro Nº</b>			
<b>Filial/Unidade:</b>			<b>Filial Nº.</b>			
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:
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