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

## DIMENSIONAMENTO DE MARKETING E PUBLICIDADE

### 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:							
_ / _ /		<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : 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)									
Principais Atividades Realizadas:									


### III - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES

Nº	Principais Clientes:
1.	Nome: CNPJ:
2.	Nome: CNPJ:
3.	Nome: CNPJ:
4.	Nome: CNPJ:
5.	Nome: CNPJ:
6.	Nome: CNPJ:
7.	Nome: CNPJ:
8.	Nome: CNPJ:
9.	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:</b> <b>FUNCIONÁRIO:</b>

## QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

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

**Razão Social:**

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