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

### DIMENSIONAMENTO DE OUTRAS ATIVIDADES

<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- : _____	
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:          											

<b>III - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES</b>											
<b>Nº</b>	<b>Principais Clientes:</b>										
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: FUNCIONÁRIO:</b>

## 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