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

DIMENSIONAMENTO DE PANIFICADORAS/ INDUSTRIA DE MASSAS

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 : Estatutário , Celetista, Contratado, Concursado Celetista,
 Outro:

Existe Quadro Técnico? Não Sim (preencher quadro no verso)

III - PRODUÇÃO MÉDIA – DECLARAR APENAS OS PRODUZIDOS NA PRÓPRIA PADARIA/INDUSTRIA

PÃES (KG)	SALGADOS (PEÇA/KG)	DOCES (PEÇA/KG)	BISCOITOS (KG)	BOLO (UNID)
ALMOÇO (UNID)	JANTAR (UNID)	SOPAS (UNID/ L)	MASSAS CONGELADAS (KG)	CAFÉ DA MANHÃ (UNID)
KIT LANCHE (UNID)	SANDUICHES (UNID)	CAFÉ OU CAFÉ C/ LEITE (L)	SUCOS (L)	OUTROS


IV - RELAÇÃO DE UNIDADES CLIENTES

Principais Clientes:	Principais Produtos Fornecidos: (Ex.: Pão de forma, Kit lanche, ..)	Nº Médio de itens oferecidos:	Início do contrato em:
Nome:		por	
CNPJ:		<i>Dia ou Mês</i>	
Nome:		por	
CNPJ:		<i>Dia ou Mês</i>	
Nome:		por	
CNPJ:		<i>Dia ou Mês</i>	
Nome:		por	
CNPJ:		<i>Dia ou Mês</i>	
Nome:		por	
CNPJ:		<i>Dia ou Mês</i>	

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

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

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR							
Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em nutrição da Pessoa Jurídica, exceto Responsável Técnico							
Razão Social:			Registro CRN-5				
Nome	CRN	Profissional	Carga Horária Semanal				
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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:	
<i>Assinatura</i>		<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