



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª. REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:

**DIMENSIONAMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO PREFEITURA (COM EXCEÇÃO DE ALIM DO ESCOLAR)**

**I - PESSOA JURÍDICA :**

Razão Social:

Nº CRN :

CNPJ

Endereço:

Bairro:

Município:

UF

CEP:

Telefone: ( )

e-mail:

**II - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO - ÁREA DE SAUDE COLETIVA (NASF, PSF, ASSISTÊNCIA BÁSICA.)**

Nome:

Nº CRN-5 :

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  Outro

Existe Quadro Técnico?  Não  Sim (preencher Quadro Técnico Complementar)

Número de habitantes:

Assinatura do Nutricionista RT:

**III - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO - POLÍTICAS PÚBLICAS**

Nome:

Nº CRN-5 :

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  Outro

Existe Quadro Técnico?  Não  Sim (preencher Quadro Técnico Complementar)

Número de habitantes:

Assinatura do Nutricionista RT:

**IV - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO - VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Nome:

Nº CRN-5 :

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  Outro

Existe Quadro Técnico?  Não  Sim (preencher Quadro Técnico Complementar)

Número de habitantes:

Assinatura do Nutricionista RT:

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 Representante Legal da Prefeitura/Estado ( Prefeito, Governador, Secretário, Coordenador da Equipe)

