



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

**UF BA/SE**

**PROTOCOLO CRN-5 nº**  
**DATA DO PROTOCOLO:**  
**FUNCIONÁRIO:**

**TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO**  
**EMPRESA MATRIZ OU ESCRITÓRIO SEM PRODUÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no  
 \_\_\_\_\_ (nome do nutricionista)  
 CRN-\_\_\_\_ sob nº. \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (endereço completo e atual)  
 \_\_\_\_\_, telefone de contato ( \_\_\_\_\_ ) e e-mail \_\_\_\_\_

declaro que, a partir desta data, assumo a responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados nas áreas de nutrição e alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, estejam eles em desenvolvimento ou que venham a se desenvolver na vigência desta declaração, sob qualquer regime contratual com a Pessoa Jurídica:

RAZÃO SOCIAL					
UNIDADE					
ENDEREÇO DA UNIDADE					
BAIRRO		MUNICÍPIO:		ESTADO:	
CNPJ DA MATRIZ					

Declaro ainda que me comprometo a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de leis, decretos e resoluções, e não permitirei que quaisquer atividades de serviços técnicos de alimentação e nutrição, sob minha responsabilidade, sejam exercidas por Pessoas Físicas ou Pessoas Jurídicas que não possuam habilitação legal nos termos da legislação vigente. A presente declaração será válida até a data da minha comunicação, ou desta Pessoa Jurídica, expressando o término do compromisso, de acordo com a Resolução CFN vigente. Declaro também estar ciente da legislação que rege a minha profissão, incluindo o Código de Ética Profissional. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

**Declaro, também, que a Matriz/ESCRITÓRIO não possui produção.**

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica

Declaramos estar ciente do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) Nutricionista Responsável Técnico citado(a) nesse documento, e que o(a) referido(a) profissional terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (local) (dia) (mês) (ano)

Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica.

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO:**

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição:  Estatutário,  Celetista,  Contratado,  
 Concursado Celetista,  Outro (especificar) \_\_\_\_\_  
 Data de admissão na Empresa/Instituição: \_\_\_\_\_ Data de admissão na Unidade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nutricionista Cadastrada no PAT	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: Nº de Inscrição:
Empresa Cadastrada no PAT	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: Modalidade:

Modalidades PAT: Serviço Próprio; Administração de Cozinha; Alimentação-Convênio; Refeição-Convênio; Refeições transportadas; Cesta de Alimentos



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

UF BA/SE

**PROTOCOLO CRN-5 nº**  
**DATA DO PROTOCOLO:**  
**FUNCIONÁRIO:**

**NÃO EXERÇO** outras atividades técnico profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria. Estou ciente que caso não declare uma ou mais atividades, todas não declaradas serão baixadas utilizando a data do termo como desligamento.

**EXERÇO** outras atividades profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria, conforme descrito abaixo.

**ATUAÇÃO EM OUTRAS EMPRESAS /INSTITUIÇÕES OU COMO AUTÔNOMO**

1..RAZÃO SOCIAL			
UNIDADE			
ENDEREÇO DA UNIDADE			
BAIRRO		MUNICÍPIO:	ESTADO:
TELEFONE		Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição	
CNPJ			

**-Áreas de Atuação:**  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  
 Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição  Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

**- Dimensionamento da Unidade:**  Refeições/dia \_\_\_\_\_,  Leitos \_\_\_\_\_  Alunos \_\_\_\_\_  Outros (Especificar) \_\_\_\_\_

**- Carga horária semanal h/semana, distribuídas da seguinte forma a:**

Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....	Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

**- Existência de Quadro Técnico (O RT Não compõe QT):**  Não  Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_\_

2..RAZÃO SOCIAL			
UNIDADE			
ENDEREÇO DA UNIDADE			
BAIRRO		MUNICÍPIO:	ESTADO:
TELEFONE		Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição	
CNPJ			

**-Áreas de Atuação:**  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  
 Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição  Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

**- Dimensionamento da Unidade:**  Refeições/dia \_\_\_\_\_,  Leitos \_\_\_\_\_  Alunos \_\_\_\_\_  Outros (Especificar) \_\_\_\_\_

**- Carga horária semanal h/semana, distribuídas da seguinte forma a:**

Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....	Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

**- Existência de Quadro Técnico (O RT Não compõe QT):**  Não  Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_\_

3..RAZÃO SOCIAL			
UNIDADE			
ENDEREÇO DA UNIDADE			
BAIRRO		MUNICÍPIO:	ESTADO:
TELEFONE		Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição	
CNPJ			

**-Áreas de Atuação:**  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  
 Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição  Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

**- Dimensionamento da Unidade:**  Refeições/dia \_\_\_\_\_,  Leitos \_\_\_\_\_  Alunos \_\_\_\_\_  Outros (Especificar) \_\_\_\_\_

**- Carga horária semanal h/semana, distribuídas da seguinte forma a:**

Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....	Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

**- Existência de Quadro Técnico (O RT Não compõe QT):**  Não  Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_\_

**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.**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica