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

# FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

**Nutricionista (s) e/ou Técnico(s) em Nutrição da Unidade, Exceto o Responsável Técnico**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Razão Social** | | CNPJ | / - | **Registro N⁰.** |
| **Filial/ Unidade** | | CNPJ | / - | **Filial Nº.** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nome:** | | | | | | | | **CRN-5 nº.** |
| **Data da Admissão:** __/__/ | **- Carga horária semanal ____h/semana.** | | | | | | | |
| | *Segunda : às :* | *Terça : às :* | *Quarta : às :* | *Quinta : às :* | *Sexta : às :* | *Sábado : às :* | *Domingo : às :* | Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 24h ☐ Plantão 12x60 ☐ |
| ***Área De Atuação:*** ☐ *Produção /* ☐ *Clínica /* ☐ *Outros (especificar)* | | | | | | | | |
| ***Assinatura:*** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nome:** | | | | | | | | **CRN-5 nº.** |
| **Data da Admissão:** __/__/ | **- Carga horária semanal ____h/semana.** | | | | | | | |
| | *Segunda : às :* | *Terça : às :* | *Quarta : às :* | *Quinta : às :* | *Sexta : às :* | *Sábado : às :* | *Domingo : às :* | Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 24h ☐ Plantão 12x60 ☐ |
| ***Área De Atuação:*** ☐ *Produção /* ☐ *Clínica /* ☐ *Outros (especificar)* | | | | | | | | |
| ***Assinatura:*** | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | **CRN-5 nº.** |
| **Data da Admissão:** __/__/ | **- Carga horária semanal ____h/semana.** | | | | | | | |
| | *Segunda : às :* | *Terça : às :* | *Quarta : às :* | *Quinta : às :* | *Sexta : às :* | *Sábado : às :* | *Domingo : às :* | Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 24h ☐ Plantão 12x60 ☐ |
| ***Área De Atuação:*** ☐ *Produção /* ☐ *Clínica /* ☐ *Outros (especificar)* | | | | | | | | |
| ***Assinatura:*** | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | **CRN-5 nº.** |
| **Data da Admissão:** __/__/ | **- Carga horária semanal ____h/semana.** | | | | | | | |
| | *Segunda : às :* | *Terça : às :* | *Quarta : às :* | *Quinta : às :* | *Sexta : às :* | *Sábado : às :* | *Domingo : às :* | Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 24h ☐ Plantão 12x60 ☐ |
| ***Área De Atuação:*** ☐ *Produção /* ☐ *Clínica /* ☐ *Outros (especificar)* | | | | | | | | |
| ***Assinatura:*** | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | **CRN-5 nº.** |
| **Data da Admissão:** __/__/ | **- Carga horária semanal ____h/semana.** | | | | | | | |
| | *Segunda : às :* | *Terça : às :* | *Quarta : às :* | *Quinta : às :* | *Sexta : às :* | *Sábado : às :* | *Domingo : às :* | Plantão ☐ Não ☐ Sim ☐ Plantão 12x36 ☐ Plantão 24h ☐ Plantão 12x60 ☐ |
| ***Área De Atuação:*** ☐ *Produção /* ☐ *Clínica /* ☐ *Outros (especificar)* | | | | | | | | |
| ***Assinatura:*** | | | | | | | | |

**Assino e dou fé pelas informações supracitadas:**

_____ _____

Local e Data Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico pela Empresa