



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 PREFEITURA

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											
ENDEREÇO DA PREFEITURA											
BAIRRO		MUNICÍPIO:		ESTADO:		CEP:					
TELEFONE		E-MAIL		SITE							
CNPJ DA PREFEITURA											
SECRETARIA											
ENDEREÇO DA SECRETARIA											
BAIRRO		MUNICÍPIO:		ESTADO:		CEP:					
TELEFONE		E-MAIL		SITE							

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.

_____, 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.

Solicitamos a efetivação do Cadastro da Prefeitura/Estado junto ao CRN-5.

_____, em _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica (Prefeito, Governador, Secretário Municipal).

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PREFEITURA/ESTADO:

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição: Estatutário, Celetista, Contratado,
 Concursado Celetista, Outro (especificar) _____
Data de admissão na Prefeitura/Estado: _____ Data de admissão na Unidade ____/____/____

Nutricionista Cadastrada no PAT	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim: N° 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: _____ CEP: _____
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:

Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

- Existência de Quadro Técnico (O RT não compõe o QT) : Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____

2..RAZÃO SOCIAL _____
UNIDADE _____
ENDEREÇO DA UNIDADE _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
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:

Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

- Existência de Quadro Técnico (O RT não compõe o QT) : Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____

3..RAZÃO SOCIAL _____
UNIDADE _____
ENDEREÇO DA UNIDADE _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
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:

Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

- Existência de Quadro Técnico (O RT não compõe o QT) : Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica