



**SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

**Resolução CFN nº 576/2016, Art.3º. Parágrafo único** - Quando a Responsabilidade Técnica for solicitada por Nutricionista que já atua como integrante de Quadro Técnico em outro local, esta informação, assim como a citação de outros trabalhos, **com ou sem vínculo**, deverá fazer parte do documento (ENVIAR UMA PÁGINA DESTA PARA CADA VÍNCULO EXERCIDO. CASO O NUTRICIONISTA TENHA DECLARADO ANTERIORMENTE UM VÍNCULO E NÃO ENVIE O FORMULÁRIO REFERENTE A ESTE, ISSO SERÁ BAIXADO E COBRADA SUBSTITUIÇÃO À EMPRESA).

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRN-5 sob o nº \_\_\_\_\_, residente à (Rua / Av., nº, Apto., Bl., Bairro, Município, UF, CEP): \_\_\_\_\_ (telefone, celular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (e-mail): \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar autorização do CRN-5 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável Técnico.

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Dias e horários de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia Desjejum: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Ceia: _____ Nº de alunos: _____ Outras (descreva): _____	Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.  <input type="checkbox"/> Segunda: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Terça: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Quarta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Quinta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Sexta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Sábado: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Domingo: _____ às _____  Plantão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Plantão 12x36 <input type="checkbox"/> Plantão 12x60 <input type="checkbox"/> Plantão 24 h <i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<input type="checkbox"/> RT  <input type="checkbox"/> RT unidades/ clientes, quais? _____ _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hospital Dia/ UPA <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Nº de leitos ocupados: _____ Média Complexidade _____ clientes/dia Alta Complexidade _____ clientes/dia Nº total de refeições/dia: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Nº de: Nutricionista(s): _____
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública ( ) Terceirizada ( ) Gestão Pública	Nº Unidades: _____ Nº de alunos Infantil: _____ Nº de alunos Fundamental e Médio: _____	Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____  _____	
<input type="checkbox"/> Buffet para eventos	Nº de eventos/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Cesta de alimentos	Nº de cestas/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos	Porte da Indústria: <input type="checkbox"/> Micro e Pequena <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande		
<input type="checkbox"/> Consultório	Nº de atendimentos/ dia: Nº Clientes de Primeira Consulta: _____/ dia Nº Clientes de Consulta de Retorno: _____/ dia		
<input type="checkbox"/> Outros: _____	Especificar:(SAÚDE PÚBLICA COLOCAR A POPULAÇÃO) _____ _____		

**Descrição das atividades a serem realizadas:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

➤ **Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica ou em outro setor/unidade da mesma Pessoa Jurídica (UTILIZAR CÓPIAS DESTA PÁGINA EM CASO DE MAIS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS)**

**OBS:** Se necessário, acrescentar abaixo outras informações (distância entre as empresas, tempo de locomoção etc.) para esclarecimentos ao Plenário do CRN.



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª REGIÃO  
SETOR FISCALIZAÇÃO  
ANOTAÇÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

UF BA/SE

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

**FORMULÁRIO COMPLEMENTAR DO PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

**Resolução CFN nº 576/2016, Art.3º. Parágrafo único** - Quando a Responsabilidade Técnica for solicitada por Nutricionista que já atua como integrante de Quadro Técnico em outro local, esta informação, assim como a citação de outros trabalhos, **com ou sem vínculo**, deverá fazer parte do documento (ENVIAR UMA PÁGINA DESTA PARA CADA VÍNCULO EXERCIDO COMO QUADRO TÉCNICO. CASO O NUTRICIONISTA TENHA DECLARADO ANTERIORMENTE UM VÍNCULO E NÃO ENVIE O FORMULÁRIO REFERENTE A ESTE, ISSO SERÁ BAIXADO E COBRADA SUBSTITUIÇÃO À EMPRESA).

NOME \_\_\_\_\_, CRN-5 nº \_\_\_\_\_

**NÃO EXERÇO** outras atividades técnico profissionais em outros estabelecimentos ou como autônomo. **Estou ciente que caso não declare uma ou mais atividades, todas não declaradas serão baixadas utilizando a data deste documento como desligamento.**

**EXERÇO** outras atividades profissionais em outros estabelecimentos ou como autônomo, conforme descrito abaixo.

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

**1. RAZÃO SOCIAL**

UNIDADE

ENDEREÇO DA UNIDADE

BAIRRO

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE

CNPJ/ CPF:

-Áreas de Atuação:  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição

Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

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

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

**2. RAZÃO SOCIAL**

UNIDADE

ENDEREÇO DA UNIDADE

BAIRRO

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

TELEFONE

CNPJ/ CPF:

-Áreas de Atuação:  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição

Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

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

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

**3. RAZÃO SOCIAL**

UNIDADE

ENDEREÇO DA UNIDADE

BAIRRO

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

TELEFOE

CNPJ/ CPF:

-Áreas de Atuação:  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição

Nutrição em Esportes Consultório  Outros \_\_\_\_\_

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

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

Local e Data

Assinatura do Nutricionista (Não aceitamos rubrica a não ser as acompanhadas de carimbo)

**ESTE FORMULÁRIO SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDO SE O VÍNCULO FOR QUADRO TÉCNICO OU AUTÔNOMO. CASO SEJA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO PREENCHER A PRIMEIRA PÁGINA (UM PARA CADA VÍNCULO ATIVO)**