



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

**TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA**  
**PREFEITURA/ESTADO**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nome do Nutricionista)

inscrito(a) no CRN-5 sob nº \_\_\_\_\_, declaro que, a partir desta data, assumo a responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados nas áreas de nutrição e alimentação humana, 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:

**DADOS DA PREFEITURA**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DA SECRETARIA OU FUNDO MUNICIPAL/ESTADUAL (de saúde/educação)**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

**ÁREA DE ATUAÇÃO:**

- Ambulatórios com assistência nutricional e dietoterápica;
- Bancos de alimentos e cozinhas comunitárias;
- Bancos de leite humano;
- Hospital ou similar e clínicas com assistência nutricional e dietoterápica;
- Instituições de longa permanência para idosos (ILPI), residenciais ou hotéis geriátricos, casas de repouso, centros de convivência e similares;
- Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (comunidades terapêuticas);
- Serviços de terapia renal substitutiva;
- Unidade escolar rede pública de ensino (PNAE);
- Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

**PREENCHER DADOS DO LOCAL QUE TRABALHA, CONFORME A ÁREA DE ATUAÇÃO ASSINALADA ACIMA**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Vínculo do nutricionista com a instituição:  Estatutário  Celetista  Contratado  Concursado Celetista  Outro: (especificar) \_\_\_\_\_

Data de admissão na instituição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carga Horária semanal de \_\_\_\_\_ hora(s)

- Plantão 12x36  Plantão 12x60  Outro tipo de escala, descrever: \_\_\_\_\_
- Cumprimento da carga horária sem dia da semana fixo (preencher nos dias e horários mais habituais)

Distribuição da carga horária semanal:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____
____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____

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 humana, 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 e de Conduta do Nutricionista. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local e Data Assinatura do nutricionista responsável pelas atividades de alimentação e nutrição humana

Declaramos estar cientes do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) nutricionista responsável pelas atividades de alimentação e nutrição humana 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 assegurados todos os recursos necessários para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Local e Data Assinatura do representante legal da pessoa jurídica