

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 OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.	<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: _____		Existência de Quadro Técnico (o RT não compõe QT) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública	Nº Unidades: _____ Nº de alunos Infantil: _____ Nº de alunos Fundamental e Médio: _____			
<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.

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)

IMPORTANTE:

ESTA PÁGINA SÓ DEVERÁ SER PREENCHIDA SE O PROFISSIONAL COMPOR UM QUADRO TÉCNICO OU ATUAR COMO AUTÔNOMO.

SE FOR O NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL DEVE PREENCHER APENAS A PRIMEIRA PÁGINA (UM PARA CADA VÍNCULO ATIVO)