



## SETOR DE FISCALIZAÇÃO

### 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.

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_, inscrito (a)  
no CRN-9 sob o nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, residente à (Rua / Av., nº, Apto., Bl., Bairro, Município, UF, CEP):  
\_\_\_\_\_ (telefone, celular)  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (e-mail): \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar  
autorização do CRN-9 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável Técnico.

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço (local de atuação): \_\_\_\_\_  
Dias e horários de funcionamento: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

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 (descrever): _____ _____ _____	Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h/semana.  <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 _____	<input type="checkbox"/> RT  <input type="checkbox"/> RT unidades/ clientes, quais? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____		Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública ( ) Terceirizada ( ) Gestão Pública	Nº unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Buffet para eventos <input type="checkbox"/> Cesta de alimentos	Nº de eventos/mês: _____ Nº de cestas/mês: _____	<i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	Nº de: Nutricionista(s): _____
<input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____ _____	Nº de atendimentos/ dia: _____ Especificar: _____ _____		Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____

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)**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data da função: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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: _____ Outras (descrever): _____ _____ _____	<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 ____  Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h/semana.	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT unidades/ cliente, quais? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.	Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública ( ) Terceirizada ( ) Gestão Pública	Nº unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Buffet para festas	Nº de eventos/mês: _____		Nº de: Nutricionista(s):
<input type="checkbox"/> Cesta básica	Nº de cestas/mês: _____		_____
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____		Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
			_____

Descrição das atividades realizadas:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Local e Data

Assinatura do Nutricionista

O documento deverá ser enviado via original ou digitalizada devidamente preenchido e assinado à Sede do CRN-9 ou à Delegacia CRN-9 de sua região (verifique o endereço no site: [www.crn9.org.br](http://www.crn9.org.br))