

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, _____, 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: _____ | <p><i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i></p> | Existência de Quadro Técnico <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 <input type="checkbox"/> Terceirizada <input type="checkbox"/> Gestão Pública | Nº unidades: _____ Nº total de refeições/dia: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Buffet para eventos | Nº de eventos/mês: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cesta de Alimentos | Nº de cestas/mês: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Consultório | Nº de atendimentos/dia: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | Especificar: _____ | 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: <input type="text"/> | | CNPJ: <input type="text"/> | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endereço (local de atuação): <input type="text"/> | | | |
| Dias e horários de funcionamento: <input type="text"/> | | | |
| Município: <input type="text"/> | | UF: <input type="text"/> | CEP: <input type="text"/> |
| 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: <input type="text"/> Almoço: <input type="text"/> Lanche: <input type="text"/> Jantar: <input type="text"/> Ceia: <input type="text"/> Nº de alunos: <input type="text"/> Outras (descrever): <input type="text"/> | Total da Carga Horária Semanal Pretendida: <input type="text"/> h/semana. <input type="checkbox"/> Segunda: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Terça: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Quarta: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Quinta: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sexta: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sábado: <input type="text"/> às <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Domingo: <input type="text"/> às <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> RT unidades/clientes, quais? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) | Nº de leitos ocupados: <input type="text"/> Nº total de refeições/dia: <input type="text"/> | | Existência de Quadro Técnico |
| <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública <input type="checkbox"/> Terceirizada <input type="checkbox"/> Gestão Pública | Nº unidades: <input type="text"/> Nº total de refeições/dia: <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Buffet para eventos | Nº de eventos/mês: <input type="text"/> | | Nº de Nutricionista(s): <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cesta de Alimentos | Nº de cestas/mês: <input type="text"/> | | Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Consultório | Nº de atendimentos/dia: <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Outros: <input type="text"/> | Especificar: <input type="text"/> | | |

Descrição das atividades a serem realizadas:

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

Nestes termos, pede deferimento.

, de de

(Local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) Nutricionista