****

|  |
| --- |
| **TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eu**,** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Nome do Nutricionista) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inscrito(a) no CRN-9 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, 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Na Unidade: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situada à: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Bairro: | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Município: | | |  | | | | | | | | | | | Estado: |  | | CEP: | |  | | | | Telefone: | | (   ) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, 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 Profissional. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | , em | |  | | de |  | | | | | | | | de |  | | | |  |
|  | (local) | | | | | | |  | | (dia) | |  | (mês) | | | | | | | |  | (ano) | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica/Unidade | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaramos estar ciente do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) Nutricionista Responsável Técnico 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 asseguradas todas as facilidades para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus diretos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | , em | |  | | de |  | | | | | | | | de |  | | | |  |
|  | (local) | | | | | | |  | | (dia) | |  | (mês) | | | | | | | |  | (ano) | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | Nome legível e assinatura, sob carimbo, do Representante Legal Pessoa Jurídica | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição**:**  Estatutário Celetista Contratado  Concursado Celetista Outro(especificar)     \_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de admissão na Empresa/Instituição: | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Empresa/Instituição Cadastrada no PAT: Não Sim: Modalidade |  |  |
|  |  |  |
| Nutricionista Cadastrada no PAT: Não Sim: Nº de Inscrição |  |  |
|  | | |
|  | | |
| **Carga Horária semanal** **h/semana, distribuídas da seguinte forma: Plantão:** Não Sim Escala:12x36h 12x60h   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Segunda        às | Terça        às | Quarta        às | Quinta        às | Sexta        às | Sábado        às | Domingo        às | |  | | | | | | | | | |
| **Existência de Quadro Técnico:**  Não  Sim: No. de Nutricionistas:       No de Técnicos: | | |
|  | | |
| **NÃO EXERÇO** outras atividades técnico profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria.  **EXERÇO** outras atividades profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria, conforme descrito no VERSO deste documento. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATUAÇÃO EM OUTRAS EMPRESAS /INSTITUIÇÕES OU COMO AUTÔNOMO** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Razão Social:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Na Unidade: | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situada à: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: |  | | | | | | | Município: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado: | |  | | | CEP: | |  | | Telefone: | | (   ) | E-mail: |  | | |
| e | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: | | | | | | | | |  | | | | | CNPJ |  |

|  |
| --- |
| **Áreas de Atuação:** Alimentação Coletiva Nutrição Clínica  Saúde Coletiva Docência  Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição  Nutrição em Esportes |
| **Dimensionamento da Unidade:**  Refeições/dia      Leitos      Alunos      Outros ( Especificar)      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Carga horária semanal:    horas. Plantão:** Não Sim: Escala:  12x36h  12x60h  **Distribuição da carga horária semanal:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Segunda       às | Terça       às | Quarta       às | Quinta       às | Sexta       às | Sábado       às | Domingo       às | |
| **Existência de Quadro Técnico:**  Não  Sim: No. de Nutricionistas:      \_\_\_ No. de TND:      \_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Razão Social:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Na Unidade: | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situada à: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: |  | | | | | | | Município: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado: | |  | | | CEP: | |  | | Telefone: | | (   ) | E-mail: |  | | |
| e | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: | | | | | | | | |  | | | | | CNPJ |  |

|  |
| --- |
| **Áreas de Atuação:** Alimentação Coletiva Nutrição Clínica  Saúde Coletiva Docência  Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição  Nutrição em Esportes |
| **Dimensionamento da Unidade:**  Refeições/dia      Leitos     Alunos     Outros ( Especificar):      \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Carga horária semanal:** **horas. Plantão:** Não Sim: Escala:  12x36h  12x60h  **Distribuição da carga horária semanal:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Segunda       às | Terça       às | Quarta       às | Quinta       às | Sexta       às | Sábado       às | Domingo       às | |
| **Existência de Quadro Técnico:**  Não  Sim: No. de Nutricionistas:     No. de TND:    \_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. ATUA EM OUTROS LOCAIS, ALÉM DOS DESCRITOS ANTERIORMENTE?**  Não  Sim: Quantos?    \_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | | de |  | de |  | |  |
|  | (dia) | |  | (mês) |  | (ano) | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica/Unidade | | | | |  | |