****

|  |
| --- |
| **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 |  |