

## 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.

<b>Razão Social:</b> _____		<b>CNPJ:</b> _____	
<b>Endereço (local de atuação):</b> _____			
<b>Dias e horários de funcionamento:</b> _____			
<b>Município:</b> _____		<b>UF:</b> _____	<b>CEP:</b> _____
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? <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<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>	<b>Existência de Quadro Técnico</b>  <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)**

<b>Razão Social:</b> <input type="text"/>		<b>CNPJ:</b> <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"/>  <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;"><b>Existência de Quadro Técnico</b></div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  Nº de Nutricionista(s): <input type="text"/>  Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: <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"/>	<i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	
<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"/>		
<input type="checkbox"/> Cesta de Alimentos	Nº de cestas/mês: <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: <input type="text"/>			

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