



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 6ª REGIÃO
PE-AL-PB-RN-CE-PI-MA

REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, (nome completo) _____,
Nutricionista inscrito(a) no CRN-6 sob o nº _____, residente à (Rua / Av., nº, Bairro,
Município, UF): _____
Fone: (): _____ Celular (): _____,
E-mail: _____, venho por meio deste
requerer a autorização ao CRN-6 para assumir a **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** pela Pessoa
Jurídica/ Unidade descrita no quadro abaixo.

I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____

Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____

Endereço do local de trabalho (Rua/Av., Nº): _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____

RAMO DE ATIVIDADE	DIMENSIONAMENTO	
<input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO COLETIVA:	Nº de refeições/dia	
	Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia)	Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)
<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação)		
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos)		
<input type="checkbox"/> Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)		
<input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos):	Nº de porções/dia: _____	
<input type="checkbox"/> Comércio de Cesta de alimentos:	Nº de cestas de alimentos/mês: _____	
<input type="checkbox"/> Indústria de alimentos. Especificar: _____		
<input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO ESCOLAR <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	Nº de alunos: _____ Nº de unidades escolares: _____	
<input type="checkbox"/> HOSPITAL Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada	Nº médio de pacientes/dia: _____ Nº médio de leitos ativados: _____ Nº de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI	Nº médio de residentes/dia: _____ Nº de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar a atividade da PJ): _____		

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas

DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL

DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

OBSERVAÇÃO:

EM CASO DE PLANTÃO DIURNO. ASSINALAR A ESCALA:

Escala: 12x36h 12x60h Outra Escala. Especificar: _____

OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE

Nº de Nutricionista(s): _____

Nº de Técnico(s) em Nutrição: _____

➤ **ATUALMENTE, TAMBÉM ATUO NA(S) SEGUINTE(S) PESSOA(S) JURÍDICA(S):**

I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:						
Razão Social: _____						
Nome Fantasia: _____			CNPJ: _____			
Razão Social da unidade: _____			CNPJ: _____			
Endereço do local de trabalho (Rua /Av., N°): _____						
Bairro: _____		Cidade: _____		Estado: _____		CEP: _____
MODALIDADE DE ATUAÇÃO:						
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Unidade <input type="checkbox"/> Quadro Técnico						
RAMO DE ATIVIDADE			DIMENSIONAMENTO			
ALIMENTAÇÃO COLETIVA:			N° de refeições/dia			
			Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia)		Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)	
<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação)						
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos)						
<input type="checkbox"/> Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)						
<input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos):			N° de porções/dia: _____			
<input type="checkbox"/> Comércio de Cesta de alimentos:			N° de cestas de alimentos/mês: _____			
<input type="checkbox"/> Indústria de alimentos. Especificar: _____						
<input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO ESCOLAR			N° de alunos: _____			
<input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada			N° de unidades escolares: _____			
<input type="checkbox"/> HOSPITAL			N° médio de pacientes/dia: _____			
Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada			N° médio de leitos ativados: _____			
Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada			N° de refeições/dia: _____			
<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI			N° médio de residentes/dia: _____			
			N° de refeições/dia: _____			
<input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar a atividade da PJ): _____						
CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas						
DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL						
DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO						
Segunda.....às.....	Terça.....às.....	Quarta.....às.....	Quinta.....às.....	Sexta.....às.....	Sábado.....às.....	Domingo.....às.....
OBSERVAÇÃO:						
EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:						
Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____						
OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE						
N° de Nutricionista(s): _____			N° de Técnico(s) em Nutrição: _____			

II - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____

Razão Social da unidade: _____ CNPJ: _____

Endereço do local de trabalho (Rua/Av., N°): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

MODALIDADE DE ATUAÇÃO: Responsável Técnico da Pessoa Jurídica Responsável Técnico da Unidade Quadro Técnico**RAMO DE ATIVIDADE****DIMENSIONAMENTO****ALIMENTAÇÃO COLETIVA:**

N° de refeições/dia

Pequenas
(desjejum, lanche, colação, ceia)Grandes
(almoço, jantar, ceia/jantar) **Concessionária de alimentação**
(terceirização de serviço de alimentação) **Serviço de alimentação autogestão**
(serviço próprio sem fins lucrativos) **Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)** **Buffet** (serviço de alimentação para eventos): N° de porções/dia: _____ **Comércio de Cesta de alimentos:** N° de cestas de alimentos/mês: _____ **Indústria de alimentos. Especificar:** _____ **ALIMENTAÇÃO ESCOLAR** Rede pública Rede privada

N° de alunos: _____

N° de unidades escolares: _____

 HOSPITALNutrição Clínica: Autogestão TerceirizadaAlimentação Coletiva: Autogestão Terceirizada

N° médio de pacientes/dia: _____

N° médio de leitos ativados: _____

N° de refeições/dia: _____

 **INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS - ILPI**

N° médio de residentes/dia: _____

N° de refeições/dia: _____

 OUTROS (Especificar a atividade da PJ): _____**CARGA HORÁRIA SEMANAL:** _____ horas**DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL****DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

OBSERVAÇÃO:**EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:****Turno:** Diurno Noturno **Escala:** 12x36h 12x60h Outra Escala Especificar: _____**OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE**

N° de Nutricionista(s): _____

N° de Técnico(s) em Nutrição: _____

III - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____

Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____

Endereço do local de trabalho (Rua/Av., N°): _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____

MODALIDADE DE ATUAÇÃO:

Responsável Técnico da Pessoa Jurídica Responsável Técnico da Unidade Quadro Técnico

RAMO DE ATIVIDADE

DIMENSIONAMENTO

ALIMENTAÇÃO COLETIVA:	N° de refeições/dia	
	Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia)	Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)
<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação)		
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos)		
<input type="checkbox"/> Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)		
<input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos):	N° de porções/dia: _____	
<input type="checkbox"/> Comércio de Cesta de alimentos:	N° de cestas de alimentos/mês: _____	
<input type="checkbox"/> Indústria de alimentos. Especificar: _____		

<input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO ESCOLAR <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	N° de alunos: _____ N° de unidades escolares: _____
--	--

<input type="checkbox"/> HOSPITAL Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada	N° médio de pacientes/dia: _____ N° médio de leitos ativados: _____ N° de refeições/dia: _____
--	--

<input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI	N° médio de residentes/dia: _____ N° de refeições/dia: _____
---	---

OUTROS (Especificar a atividade da PJ): _____

CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas

DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL

DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

OBSERVAÇÃO:

EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:

Turno: Diurno Noturno **Escala:** 12x36h 12x60h Outra Escala. Especificar: _____

OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE

N° de Nutricionista(s): _____ N° de Técnico(s) em Nutrição: _____

OBS: acrescentar abaixo outras informações para esclarecimentos ao CRN6 (distância entre as Empresas/Instituições/Unidades, tempo de locomoção, etc.).

DECLARO, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste requerimento são a plena expressão da verdade, não havendo omissão de dados inclusive quanto aos locais de atuação profissional.

_____, / / _____
Local Data Assinatura do(a) Nutricionista