



**TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Eu, \_\_\_\_\_  
(Nome do Nutricionista)

Inscrito(a) no CRN | 6 | 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: ( ) \_\_\_\_\_

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 direitos trabalhistas obrigará-nos à às responsabilidades legais.

\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura legível e cargo da Pessoa Credenciada pela 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 a:**

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: ( )

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

C NPJ

**-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 Técnicos: \_\_\_\_\_**2.Razão Social:**

Na Unidade:

Situada à:

Bairro:

Município:

Estado:

CEP:

Telefone: ( )

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

C NPJ

**-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 Técnicos: \_\_\_\_\_**3. ATUA EM OUTROS LOCAIS?**  Não  Sim: Quantos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_  
 DATA

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica/Unidade