

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, (nome completo) _____, inscrito(a) no CRN-4 sob o nº _____, residente à (endereço completo): _____, (telefone celular) (____) _____ (e-mail): _____, venho por meio deste solicitar autorização do CRN-4 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável Técnico.

Razão Social: _____ **CNPJ:** _____

Endereço: _____

Dias e horários de funcionamento: _____

Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia Desjejum: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Ceia: _____ Nº de alunos: _____ Outras (descreva): _____	Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais. <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 _____ <i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> RT unidades/clientes, quais? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública <input type="checkbox"/> Buffet para eventos <input type="checkbox"/> Cesta de alimentos <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Outros: _____	Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____ Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____ Nº de eventos/mês: _____ Nº de cestas/mês: _____ Nº de atendimentos/dia: _____ Especificar: _____		<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;">Existência de Quadro Técnico</div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____

Descrição das atividades a serem realizadas:

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 173 - 5º andar | Centro - Rio de Janeiro - RJ
 CEP: 20040-007
 Tel: (21) 2517-8178 | Fax: (21) 2517-8115

ESPÍRITO SANTO

Av. Fernando Ferrari nº 1.080 - sala 401 | América Centro Empresarial
 Torre Central | Mata da Praia - Vitória - ES | CEP:29066-380
 Tel: (27) 3315-5311

➤ **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)

Razão Social: _____ CNPJ: _____		Endereço: _____			
Dias e horários de funcionamento: _____		Município: _____ UF: _____ CEP: _____			
Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica		
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <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 (descreva): _____	Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais. <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 _____ <i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> RT unidades/clientes, quais? _____ _____ _____		
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)		Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____	Existência de Quadro Técnico
	<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública		Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		
	<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 realizadas:					

OBS: Se necessário, acrescentar abaixo outras informações (distância entre as empresas, tempo de locomoção, etc.) para esclarecimentos ao Plenário do CRN.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista

O documento, devidamente preenchido e assinado, deverá ser enviado em formato PDF ou foto legível através do atendimento online, acessando no site: www.crn4.org.br

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 173 - 5º andar | Centro - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20040-007
Tel: (21) 2517-8178 | Fax: (21) 2517-8115

ESPÍRITO SANTO

Av. Fernando Ferrari nº 1.080 - sala 401 | América Centro Empresarial
Torre Central | Mata da Praia - Vitória - ES | CEP:29066-380
Tel: (27) 3315-5311