

**TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Dúvidas no Preenchimento? - Selecione o campo e teclae em F1

Eu, \_\_\_\_\_

(Nome do Nutricionista)

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

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

C NPJ: \_\_\_\_\_

Na Unidade: \_\_\_\_\_

C NPJ da Unidade: \_\_\_\_\_

Situada à: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

DDD-Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e data

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

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 obrigá-los-á às responsabilidades legais.

\_\_\_\_\_  
Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica.

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO:**

**Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição:**

Estatutário  Celetista  Contratado  Concursado Celetista  Outro:

**Data da admissão na empresa/instituição:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Empresa/ Instituição Cadastrada no PAT:  Não

Sim: Modalidade ...

Nutricionista Cadastrada no PAT:  Não

Sim: Nº de Inscrição

**Carga Horária semanal**

**hs/semana, distribuídas da seguinte forma:**

Segunda

Terça

Quarta

Quinta

Sexta

Sábado

Domingo

: às :

**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. (neste caso, preencher a 2ª folha)

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN-1 por meio eletrônico e só será válido se assinado por ambas as partes e protocolado pelo CRN-1.

**ATUAÇÃO EM OUTRAS EMPRESAS /INSTITUIÇÕES OU COMO AUTÔNOMO:****a. Razão Social:** \_\_\_\_\_ C NPJ: \_\_\_\_\_

Na Unidade: \_\_\_\_\_

Situada à: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

**Áreas de Atuação:**
 Alimentação Coletiva     Nutrição Clínica     Saúde Coletiva     Docência  
 Indústria de Alimentos     Marketing em Nutrição     Nutrição em Esportes     PNAE

 Responsável Técnico (RT)    **Dimensionamento**     Nº Refeições/dia \_\_\_\_\_     Nº Alunos \_\_\_\_\_  
 Quadro Técnico (QT)    **da Unidade:**     Nº Leitos \_\_\_\_\_     Outros \_\_\_\_\_

**Data da Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Carga horária semanal \_\_\_\_\_hs/semana, distribuídas da seguinte forma:**  

|                   |                 |                  |                  |                 |                  |                   |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Segunda<br>: às : | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às : | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às : | Sábado<br>: às : | Domingo<br>: às : |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|

Existência de Quadro Técnico:  Não     Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_**b. Razão Social:** \_\_\_\_\_ C NPJ: \_\_\_\_\_

Na Unidade: \_\_\_\_\_

Situada à: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

**Áreas de Atuação:**
 Alimentação Coletiva     Nutrição Clínica     Saúde Coletiva     Docência  
 Indústria de Alimentos     Marketing em Nutrição     Nutrição em Esportes     PNAE

 Responsável Técnico (RT)    **Dimensionamento**     Nº Refeições/dia \_\_\_\_\_     Nº Alunos \_\_\_\_\_  
 Quadro Técnico (QT)    **da Unidade:**     Nº Leitos \_\_\_\_\_     Outros \_\_\_\_\_

**Data de Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Carga horária semanal \_\_\_\_\_hs/semana, distribuídas da seguinte forma:**  

|                   |                 |                  |                  |                 |                  |                   |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Segunda<br>: às : | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às : | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às : | Sábado<br>: às : | Domingo<br>: às : |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|

Existência de Quadro Técnico:  Não     Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_**c. Razão Social:** \_\_\_\_\_ C NPJ: \_\_\_\_\_

Na Unidade: \_\_\_\_\_

Situada à: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

**Áreas de Atuação:**
 Alimentação Coletiva     Nutrição Clínica     Saúde Coletiva     Docência  
 Indústria de Alimentos     Marketing em Nutrição     Nutrição em Esportes     PNAE

 Responsável Técnico (RT)    **Dimensionamento**     Nº Refeições/dia \_\_\_\_\_     Nº Alunos \_\_\_\_\_  
 Quadro Técnico (QT)    **da Unidade:**     Nº Leitos \_\_\_\_\_     Outros \_\_\_\_\_

**Data da Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Carga horária semanal \_\_\_\_\_hs/semana, distribuídas da seguinte forma:**  

|                   |                 |                  |                  |                 |                  |                   |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Segunda<br>: às : | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às : | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às : | Sábado<br>: às : | Domingo<br>: às : |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------------|

Existência de Quadro Técnico:  Não     Sim: Nº. de Nutricionistas: \_\_\_\_ Nº. de Técnicos: \_\_\_\_

Local, data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Nutricionista