

01-TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO

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 obrigará-nos 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 a:**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: às :	: 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 e só será válido se assinado por ambas as partes e protocolado pelo CRN-1. Não serão aceitas versões enviadas por correio eletrônico ou fax.

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
 Indústria de Alimentos
 Marketing em Nutrição
 Nutrição em Esportes
 Docência
 PNAE

 Responsável Técnico (RT)
 Quadro Técnico (QT)
Dimensionamento da Unidade:
 Nº Refeições/dia _____,
 Nº Alunos.. _____,
 Nº Leitos .. _____,
 Outros _____

Data da Admissão: ____/____/____
- Carga horária semanal _____hs/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: N°. de Nutricionistas: _____, N°. 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
 Indústria de Alimentos
 Marketing em Nutrição
 Nutrição em Esportes
 Docência
 PNAE

 Responsável Técnico (RT)
 Quadro Técnico (QT)
Dimensionamento da Unidade:
 Nº Refeições/dia _____,
 Nº Alunos.. _____,
 Nº Leitos .. _____,
 Outros _____

Data da Admissão: ____/____/____
- Carga horária semanal _____hs/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: N°. de Nutricionistas: _____, N°. 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
 Indústria de Alimentos
 Marketing em Nutrição
 Nutrição em Esportes
 Docência
 PNAE

 Responsável Técnico (RT)
 Quadro Técnico (QT)
Dimensionamento da Unidade:
 Nº Refeições/dia _____,
 Nº Alunos.. _____,
 Nº Leitos .. _____,
 Outros _____

Data da Admissão: ____/____/____
- Carga horária semanal _____hs/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: N°. de Nutricionistas: _____, N°. de Técnicos: _____

Local, data: _____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Nutricionista