



Conselho Regional  
de Nutricionistas  
7ª Região

Protocolo nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Funcionário

CRN-7

**DIMENSIONAMENTO ALIMENTAÇÃO COLETIVA**

1 – RAZÃO SOCIAL:					CNPJ:	
COZINHA CENTRAL E/OU UNIDADE(S) CLIENTE(S) LOCAL(AIS) ONDE PRODUZ E/OU ONDE SÃO DISTRIBUIDO(S) REFEIÇÕES	VOLUME DE REFEIÇÕES/ DIA			NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)	QUADRO TÉCNICO (Nutricionistas e/ou técnicos que atue no local)	
	PRODUZ E/OU DISTRIBUI?	Quantidade de Refeições Diárias				
FILIAL DA PJ (FILIAL SE FOR O CASO) NA UNIDADE: Nome da Unidade/ Cliente: _____ CNPJ da Unidade/Cliente: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	Neste Local:  Produz  Distribui	Refeições Pequenas	Almoço	Jantar	Nome: _____ _____ Inscrito(a) no CRN-7 nº: _____ Carga Horária Semanal na Unidade**: _____ H	Não  Sim (Neste caso preencher a 2ª Folha)
FILIAL DA PJ (FILIAL SE FOR O CASO) NA UNIDADE: Nome da Unidade/ Cliente: _____ CNPJ da Unidade/Cliente: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	Neste Local:  Produz  Distribui	Refeições Pequenas	Almoço	Jantar	Nome: _____ _____ Inscrito(a) no CRN-7 nº: _____ Carga Horária Semanal na Unidade**: _____ H	Não  Sim (Neste caso preencher a 2ª Folha)

\*\* Indicar apenas o número de horas trabalhadas na respectiva unidade e não o número de horas total trabalhado para empresa.

**OBS-1.** Como as refeições transportadas são distribuídas?  Porcionadas  à Granel **Especifique:**

**OBS-2.** Caso a empresa possua escritório administrativo nesta Região, favor preencher a Tabela baixo.

<b>ESCRITÓRIO/ UNIDADE ADMINISTRATIVA</b>	<b>CNPJ:</b>			
<b>Endereço:</b>		<b>Município:</b>	<b>UF:</b>	<b>CEP:</b>

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura a do Responsável pela Empresa



**QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE**

Unidade /Local	Nome (CRN)	Profissional	Admitido em:	Carga Horária Semanal			
<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>	<input type="checkbox"/> Nutricionista	____/____/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
<b>CNPJ:</b>	<b>CRN nº</b>	<input type="checkbox"/> Técnico		Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga Horária
<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>	<input type="checkbox"/> Nutricionista	____/____/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
<b>CNPJ:</b>	<b>CRN nº</b>	<input type="checkbox"/> Técnico		Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga Horária

**Afirmo ser verdade que a empresa em epígrafe desempenha atividades ligadas à alimentação APENAS E SOMENTE nas unidades relatadas neste formulário.**

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura a do Responsável pela Empresa

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN/7 e só será válido se assinado e protocolado pelo CRN/7. Não serão aceitas versões enviadas por CORREIO ELETRÔNICO ou FAX.