



## DIMENSIONAMENTO UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO BUFFET

<b>1 – RAZÃO SOCIAL:</b>						<b>CNPJ:</b>	
Endereço da Central/ Produção: _____							
Bairro: _____		Município: _____		Estado: _____		CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____	
<b>2 – NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO(A):</b>						<b>CRN-7 Nº.:</b>	
Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição: <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado, <input type="checkbox"/> Concursado Celetista, <input type="checkbox"/> Outro: _____							
<b>Responsável Técnico desde:</b> ____/____/____						Existência de Quadro Técnico	
Carga horária semanal _____ horas/semana, distribuídas da seguinte forma a:							
Segunda às	Terça às	Quarta às	Quinta às	Sexta às	Sábado às	Domingo às	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (PREENCHER 2ª FOLHA)
<b>3 – RELAÇÃO DE UNIDADE(S) CLIENTE(S)</b>							
Nº	CLIENTE			TIPO DE SERVIÇO	Nº MÉDIO DE EVENTOS/MÊS	Nº MÉDIO DE PESSOAS P/EVENTOS/MÊS	PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES/PREPARAÇÕES
	Nome: _____			Almoço/Jantar			No Local do evento Transportada
	Endereço: _____			Café da Manhã/ Coffe Break			No Local do evento Transportada
	Bairro: _____ Município: _____						
	Estado: _____ CEP: _____			Coquetel			No Local do evento Transportada
	E-mail: _____						
	DDD: _____ Telefone: _____						

\*\* 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 abaixo.

<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



Conselho Regional de  
Nutricionistas 7ª Região  
AC-AP-AM-PA-RO-RR

### QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE

Nome	Profissional	Admitido em:	Carga Horária Semanal			
Nome:	<input type="checkbox"/> Nutricionista	___/___/___	Segunda ___ às ___	Terça ___ às ___	Quarta ___ às ___	Quinta ___ às ___
CRN nº	<input type="checkbox"/> Técnico		Sexta ___ às ___	Sábado ___ às ___	Domingo ___ às ___	Total da Carga Horária
Nome:	<input type="checkbox"/> Nutricionista	___/___/___	Segunda ___ às ___	Terça ___ às ___	Quarta ___ às ___	Quinta ___ às ___
CRN nº	<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.

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará

CEP: 66.040-255

Site: [www.crn7.org.br](http://www.crn7.org.br)

E-mail da Fiscalização: [fiscalizacao@crn7.org.br](mailto:fiscalizacao@crn7.org.br)