



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

Protocolo nº ____/____/____

Data: ____/____/____

Funcionário

REQUERIMENTO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

(este documento é editável basta clicar no campo desejado)

Eu _____, inscrita no CRN-7 sob o nº _____, solicito autorização para a **ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** da empresa descrita abaixo:

I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL: _____ CNPJ: _____
NOME FANTASIA: _____
ENDEREÇO: _____ CEP: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____
E-MAIL: _____ TELEFONE(S): _____

II – IDENTIFICAÇÃO DA(S) ATIVIDADE(S) DA EMPRESA

| RAMO DE ATIVIDADE | DIMENSIONAMENTO | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| | PEQUENAS (desjejum, lanche, colação, ceia) | GRANDES (almoço, jantar, ceia/jantar) |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO COLETIVA: | | |
| <input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação) | | |
| <input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos) | | |
| <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial | | |
| <input type="checkbox"/> Comissaria (Catering) | | |
| <input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos): | Nº de porções/dia: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Comércio de cesta de alimentos: | Nº de cestas/mês: _____ | |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO ESCOLA <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Rede Privada | Nº de alunos: _____ Nº de Unidades Escolares: _____ | |
| <input type="checkbox"/> HOSPITAL Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada | Nº Médio de pacientes/dia: _____ Nº Médio de leitos ativados: _____ Nº de refeições/dia: _____ | |
| <input type="checkbox"/> INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI | Nº Médio de residentes/dia: _____ Nº de refeições/dia: _____ | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar): _____ | | |

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará

CEP: 66.040-255

Site: www.crn7.org.br

E-mail da Fiscalização: fiscalizacao@crn7.org.br



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

III – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL

| DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| Segunda __ às __ | Terça __ às __ | Quarta __ às __ | Quinta __ às __ | Sexta __ às __ | Sábado __ às __ | Domingo __ às __ |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ horas. | | | | | | |
| EM CASO DE PLANTÃO DIURNO. ASSINALAR A ESCALA: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outro Especificar: _____ | | | | | | |
| OUTROS PROFISIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE | | | | | | |
| Nº de Nutricionistas: _____ | | | Nº de Técnicos em Nutrição: _____ | | | |

IV – OUTROS VÍNCULOS

Informo ainda que atualmente, também atuo na(s) seguinte(s) Pessoa(s) Jurídica(s):

| EMPRESA – 1 | <input type="checkbox"/> Responsável Técnico(a) | <input type="checkbox"/> Quadro Técnico |
|----------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL: _____ | CNPJ: _____ | |
| NOME FANTASIA: _____ | | |
| ENDEREÇO: _____ | CEP: _____ | |
| BAIRRO: _____ | MUNICÍPIO: _____ | ESTADO: _____ |
| E-MAIL: _____ | TELEFONE(S): _____ | |

| EMPRESA – 2 | <input type="checkbox"/> Responsável Técnico(a) | <input type="checkbox"/> Quadro Técnico |
|----------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL: _____ | CNPJ: _____ | |
| NOME FANTASIA: _____ | | |
| ENDEREÇO: _____ | CEP: _____ | |
| BAIRRO: _____ | MUNICÍPIO: _____ | ESTADO: _____ |
| E-MAIL: _____ | TELEFONE(S): _____ | |

OBSERVAÇÃO: Acrescentar abaixo outras informações para esclarecimentos ao CRN-7 (distância entre as Empresas/Instituições/Unidades, tempo de locomoção, etc.):

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará

CEP: 66.040-255

Site: www.crn7.org.br

E-mail da Fiscalização: fiscalizacao@crn7.org.br



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

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste requerimento são a plena expressão da verdade, não havendo omissão de dados inclusive quanto aos locais de atuação profissional.

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Assinatura do Requerente

RELATO (para uso exclusivo do CRN-7)

Situação:

- () Deferido () Apresenta Débitos () Situação Regular
() Não consta processo ético () Consta Processo Ético () Inscrição Provisória Vencida
() Indeferido

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Fiscal

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará CEP: 66.040-255

Site: www.crn7.org.br

E-mail da Fiscalização: fiscalizacao@crn7.org.br