



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

Protocolo nº ____/____/____
Data: ____/____/____

Funcionário

DIMENSIONAMENTO DE CESTAS DE ALIMENTOS

1 – RAZÃO SOCIAL:							CNPJ:		
Endereço da Central/ Produção: _____									
Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____									
2 – NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO(A):							CRN-7 Nº _____		
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: _____									
Responsável Técnico desde: ____/____/____						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)	
3 – RELAÇÃO DE UNIDADE(S) CLIENTE(S)									
Nº	CLIENTE							Nº MÉDIO DE CESTAS/MÊS	
1	Nome: _____ CNPJ: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____ DDD: _____ Telefone: _____								
2	Nome: _____ CNPJ: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____ DDD: _____ Telefone: _____								
3	Nome: _____ CNPJ: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ E-mail: _____ DDD: _____ Telefone: _____								

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

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

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