



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

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

Funcionário

TERMO DE COMPROMISSO DO(A) NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

EU _____, inscrito(a) no CRN-7 sob o 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: _____ CNPJ: _____

Na Unidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____ 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.

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Nutricionista Responsável Técnico(a)

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.

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Representante Legal pela Pessoa Jurídica

I - ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO

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

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição:

Estatutário Celetista Contratado Concursado Celetista

Outro(especificar): _____

Data de admissão na Empresa/Instituição: _____

Empresa/ Instituição Cadastrada no PAT: Não Sim Modalidade:

Nutricionista Cadastrada no PAT: Não Sim Nº de Inscrição:

Carga Horária Semanal: _____ h/semana distribuído da seguinte forma:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
___ as ___	___ as ___	___ as ___	___ as ___	___ as ___	___ as ___	___ as ___

NÃO EXERÇO outra(s) atividade(s) técnico(as) profissional(ais) em outro(s) estabelecimento(s) ou por conta própria.

EXERÇO outra(s) atividade(s) profissional(ais) em outro(s) estabelecimento(s) ou por conta própria, conforme descrito no VERSO deste documento. *(neste caso, preencher a 3ª folha)*



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

II - ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM OUTRA(S) EMPRESA(S)/INSTITUIÇÃO(ÕES) OU COMO AUTÔNOMO

1. RAZÃO SOCIAL:							CNPJ:		
Na Unidade:									
Situada à:				Bairro:					
Município:		UF:		CEP:		Telefone:			
Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:									
Áreas de Atuação:		<input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva		<input type="checkbox"/> Nutrição Clínica		<input type="checkbox"/> Saúde Coletiva		<input type="checkbox"/> Docência	
		<input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos		<input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição		<input type="checkbox"/> Nutrição em Esportes		<input type="checkbox"/> PNAE	
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico (RT)		Dimensionamento		<input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,		<input type="checkbox"/> Nº Alunos: _____,			
<input type="checkbox"/> Quadro Técnico (QT)		da Unidade:		<input type="checkbox"/> Nº Leitos : _____,		<input type="checkbox"/> Outros _____			
Data da Admissão:		Carga horária semanal _____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:							
____/____/____		Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____	
Existência de Quadro Técnico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Nº. de Nutricionistas: _____, Nº. de Técnicos: _____									

2. RAZÃO SOCIAL:							CNPJ:		
Na Unidade:									
Situada à:				Bairro:					
Município:		UF:		CEP:		Telefone:			
Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:									
Áreas de Atuação:		<input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva		<input type="checkbox"/> Nutrição Clínica		<input type="checkbox"/> Saúde Coletiva		<input type="checkbox"/> Docência	
		<input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos		<input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição		<input type="checkbox"/> Nutrição em Esportes		<input type="checkbox"/> PNAE	
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico (RT)		Dimensionamento		<input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,		<input type="checkbox"/> Nº Alunos: _____,			
<input type="checkbox"/> Quadro Técnico (QT)		da Unidade:		<input type="checkbox"/> Nº Leitos : _____,		<input type="checkbox"/> Outros _____			
Data da Admissão:		Carga horária semanal _____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:							
____/____/____		Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____	
Existência de Quadro Técnico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Nº. de Nutricionistas: _____, Nº. de Técnicos: _____									

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Assinatura e Carimbo do Nutricionista