



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

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

DIMENSIONAMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM CRECHES E ESCOLAS PARTICULARES

I - O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO OFERECIDO AOS ALUNOS É:		<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado						
PESSOA JURÍDICA:									
Razão Social:						CRN-7 Nº :			
						CNPJ:			
II - CONCESSIONÁRIA PRESTADORA DE SERVIÇOS (Preencher somente se o serviço for terceirizado):									
Razão Social do Cliente/ Unidade:						CNPJ:			
						Telefone:			
Endereço (Cliente/Unidade): _____									
Bairro: _____		Município: _____		UF: _____		CEP: _____			
III - NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ÁREA DE PRODUÇÃO									
Nome:						CRN-7 Nº :			
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 ____		
Vínculo do Nutricionista com a PJ: <input type="checkbox"/> Estatutário, <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Outro									
Existe Quadro Técnico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (preencher Quadro Técnico Complementar)									
Produção de Refeições: <input type="checkbox"/> Centralizada / <input type="checkbox"/> Descentralizada			QUANTIDADE / DIA						
			Desjejum	Colação	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	Total
Creche e Pré-Escola									
Ensino Fundamental e Médio									
IV - QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR									
Nome:						CRN-7 nº.			
Data da Admissão: ____/____/____	Carga horária semanal _____ h/semana.								
	Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____		
Nome:						CRN-7 nº.			
Data da Admissão: ____/____/____	Carga horária semanal _____ h/semana.								
	Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____		
Nome:						CRN-7 nº.			
Data da Admissão: ____/____/____	Carga horária semanal _____ h/semana.								
	Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____		

Data: ____/____/____

Assino e dou fé pelas informações prestadas

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