**QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR**

**NUTRICIONISTA(S) E TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA NÃO ALOCADO(S) EM UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

**Obs.: RT não compõe quadro técnico, portanto não deve ser informado neste formulário.**

|  |
| --- |
| **I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA****RAZÃO SOCIAL:** **NOME FANTASIA:**  **CNPJ:** **ENDEREÇO**:  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO PROFISSIONAL** | **Nº** **CRN-7** | **DATA DE****ADMISSÃO** | **SETOR/****CARGO** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** | **DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL****(Dias e Horário de trabalho)** |
|  |
|  | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Supervisão☐ Planejamento☐ Qualidade☐ Outro |   | Plantão: □Não □Sim Escala:□ 12x36h □ 12x60h |
| Segunda.........às......... | Terça.........às......... | Quarta........às......... | Quinta........às....... |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|  | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Supervisão☐ Planejamento☐ Qualidade☐ Outro |   | Plantão: □Não □Sim Escala:□ 12x36h □ 12x60h |
| Segunda.........às......... | Terça.........às......... | Quarta........às......... | Quinta........às....... |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|  | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Supervisão☐ Planejamento☐ Qualidade☐ Outro |   | Plantão: □Não □Sim Escala:□ 12x36h □ 12x60h |
| Segunda.........às......... | Terça.........às......... | Quarta........às......... | Quinta........às....... |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |
|  | CRN-7:\_\_\_\_\_\_□ N  □ TND |   | ☐ Supervisão☐ Planejamento☐ Qualidade☐ Outro |   | Plantão: □Não □Sim Escala:□ 12x36h □ 12x60h |
| Segunda.........às......... | Terça.........às......... | Quarta........às......... | Quinta........às....... |
| Sexta.........às......... | Sábado.........às......... | Domingo.........às......... |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 LOCAL DATA

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico |