



# Conselho Federal de Nutricionistas

## Conselho Regional de Nutricionistas da 3ª Região (SP e MS)

### SETOR DE FISCALIZAÇÃO

#### SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

**Resolução CFN nº 576/2016, Art.3º. Parágrafo único** - Quando a Responsabilidade Técnica for solicitada por Nutricionista que já atua como integrante de Quadro Técnico em outro local, esta informação, assim como a citação de outros trabalhos, **com ou sem vínculo**, deverá fazer parte do documento.

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRN-3 sob o nº \_\_\_\_\_, residente à (Rua / Av., nº, Apto., Bl., Bairro, Município, UF, CEP): \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ (telefone, celular) \_\_\_\_\_ (e-mail): \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar autorização do CRN-3 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável Técnica e/ou componente do Quadro Técnico.

**Razão Social:** \_\_\_\_\_ **CNPJ:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_  
**Município:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_  
**Dias e horários de funcionamento:** \_\_\_\_\_  
**Data de admissão:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Data da função:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica		
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia Desjejum: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Ceia: _____ Outras (descreva): _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Segunda: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Terça: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quarta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quinta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sexta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sábado: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Domingo: ____ às ____  Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.  <i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT unidades/clientes, quais? _____ _____		
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)		Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	<b>Existência de Quadro Técnico</b>	
	<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública ( ) Terceirizada ( ) Gestão Pública		Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Buffet para festas		Nº de eventos/mês: _____		Nº de: Nutricionista(s): _____
	<input type="checkbox"/> Cesta de alimentos		Nº de cestas/mês: _____		Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
	<input type="checkbox"/> Outros:		Especificar: _____ _____ _____		

**Descrição das atividades a serem realizadas:**

---



---

➤ *Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica*

<b>Razão Social:</b> _____		<b>CNPJ:</b> _____			
<b>Endereço:</b> _____					
<b>Município:</b> _____		<b>UF:</b> _____	<b>CEP:</b> _____		
<b>Dias e horários de funcionamento:</b> _____					
<b>Data de admissão:</b> ____ / ____ / _____		<b>Data da função:</b> ____ / ____ / _____			
Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica		
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia Desjejum: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Ceia: _____ Outras (descreva): _____ _____	<input type="checkbox"/> Segunda: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Terça: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quarta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quinta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sexta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sábado: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Domingo: ____ às ____  Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT unidades/ cliente, quais? _____ _____		
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)		Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	<i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<b>Existência de Quadro Técnico</b>
	<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública ( ) Terceirizada ( ) Gestão Pública		Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Buffet para festas		Nº de eventos/mês: _____		Nº de: Nutricionista(s): _____
	<input type="checkbox"/> Cesta básica		Nº de cestas/mês: _____		Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____ _____
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____				
<b>Descrição das atividades a serem realizadas:</b>					

**OBS:** Se necessário, acrescentar abaixo outras informações (distância entre as empresas, tempo de locomoção, etc.) para esclarecimentos ao Plenário do CRN.

-----

-----

-----

-----

\_\_\_\_\_  
**Local e Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Nutricionista**

**O documento deverá ser enviado via original ou digitalizada devidamente preenchido e assinado à Sede do CRN-3 ou à Delegacia CRN-3 de sua região (verifique o endereço no site: [www.crn3.org.br](http://www.crn3.org.br))**