



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: _____		Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública	Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
<input type="checkbox"/> Buffet para festas	Nº de eventos/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Cesta de alimentos	Nº de cestas/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Outros: _____ _____	Especificar: _____ _____		

Descrição das atividades a serem realizadas:

➤ *Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica*

Razão Social: _____		CNPJ: _____		
Endereço: _____				
Município: _____		UF: _____		
Dias e horários de funcionamento: _____		CEP: _____		
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/ 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: _____	Existência de Quadro Técnico
	<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"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____		Especificar: _____ _____	Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
Descrição das atividades a serem realizadas:				

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)