



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 6ª REGIÃO  
PE-AL-PB-RN-CE-PI-MA

**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_,  
Nutricionista inscrito(a) no CRN-6 sob o nº \_\_\_\_\_, residente à (Rua / Av., nº, Bairro,  
Município, UF): \_\_\_\_\_  
Fone: ( ): \_\_\_\_\_ Celular ( ): \_\_\_\_\_,  
E-mail: \_\_\_\_\_, venho por meio deste  
requerer a autorização ao CRN-6 para assumir a **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** pela Pessoa  
Jurídica/ Unidade descrita no quadro abaixo.

**I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:**

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**Nome Fantasia:** \_\_\_\_\_ **CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Razão Social da unidade:** \_\_\_\_\_ **CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Endereço do local de trabalho (Rua/Av., Nº):** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

RAMO DE ATIVIDADE	DIMENSIONAMENTO	
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTAÇÃO COLETIVA:</b>	Nº de refeições/dia	
	Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia/lanche)	Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)
<input type="checkbox"/> <b>Concessionária de alimentação</b> (terceirização de serviço de alimentação)		
<input type="checkbox"/> <b>Serviço de alimentação autogestão</b> (serviço próprio sem fins lucrativos)		
<input type="checkbox"/> <b>Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Buffet</b> (serviço de alimentação para eventos):	Nº de porções/dia: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Comércio de Cesta de alimentos:</b>	Nº de cestas de alimentos/mês: _____	
<input type="checkbox"/> <b>INDÚSTRIA DE ALIMENTOS. Especificar:</b> _____		
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTAÇÃO ESCOLAR</b> <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	Nº de alunos: _____ Nº de unidades escolares: _____	
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b> Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada	Nº médio de pacientes/dia: _____ Nº médio de leitos ativados: _____ Nº de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> <b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI</b>	Nº médio de residentes/dia: _____ Nº de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> <b>OUTROS</b> (Especificar a atividade da PJ): _____		

**CARGA HORÁRIA SEMANAL:** \_\_\_\_\_ horas

**DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL**

**DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

**OBSERVAÇÃO:**

**EM CASO DE PLANTÃO DIURNO. ASSINALAR A ESCALA:**

**Escala:**  12x36h  12x60h  Outra Escala. Especificar: \_\_\_\_\_

**OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE**

Nº de Nutricionista(s): \_\_\_\_\_

Nº de Técnico(s) em Nutrição: \_\_\_\_\_

➤ **ATUALMENTE, TAMBÉM ATUO NA(S) SEGUINTE(S) PESSOA(S) JURÍDICA(S):**

<b>I - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:</b>						
Razão Social: _____						
Nome Fantasia: _____			CNPJ: _____			
Razão Social da unidade: _____			CNPJ: _____			
Endereço do local de trabalho (Rua /Av., Nº): _____						
Bairro: _____		Cidade: _____		Estado: _____		CEP: _____
<b>MODALIDADE DE ATUAÇÃO:</b>						
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Unidade <input type="checkbox"/> Quadro Técnico						
<b>RAMO DE ATIVIDADE</b>			<b>DIMENSIONAMENTO</b>			
<b>ALIMENTAÇÃO COLETIVA:</b>			Nº de refeições/dia			
			Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia/lanche)		Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)	
<input type="checkbox"/> <b>Concessionária de alimentação</b> (terceirização de serviço de alimentação)						
<input type="checkbox"/> <b>Serviço de alimentação autogestão</b> (serviço próprio sem fins lucrativos)						
<input type="checkbox"/> <b>Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Buffet</b> (serviço de alimentação para eventos):			Nº de porções/dia: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Comércio de Cesta de alimentos:</b>			Nº de cestas de alimentos/mês: _____			
<input type="checkbox"/> <b>INDÚSTRIA DE ALIMENTOS. Especificar:</b> _____						
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTAÇÃO ESCOLAR</b>			Nº de alunos: _____			
<input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada			Nº de unidades escolares: _____			
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b>			Nº médio de pacientes/dia: _____			
Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada			Nº médio de leitos ativados: _____			
Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada			Nº de refeições/dia: _____			
<input type="checkbox"/> <b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI</b>			Nº médio de residentes/dia: _____			
			Nº de refeições/dia: _____			
<input type="checkbox"/> <b>OUTROS</b> (Especificar a atividade da PJ): _____						
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL:</b> _____ horas						
<b>DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>						
<b>DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO</b>						
Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....	Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....
<b>OBSERVAÇÃO:</b>						
<b>EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</b>						
Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____						
<b>OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE</b>						
Nº de Nutricionista(s): _____			Nº de Técnico(s) em Nutrição: _____			

**II - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Razão Social da unidade: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço do local de trabalho (Rua/Av., N°): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**MODALIDADE DE ATUAÇÃO:** Responsável Técnico da Pessoa Jurídica  Responsável Técnico da Unidade  Quadro Técnico

RAMO DE ATIVIDADE		DIMENSIONAMENTO	
<b>ALIMENTAÇÃO COLETIVA:</b>		N° de refeições/dia	
		Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia/lanche)	Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)
<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação)			
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos)			
<input type="checkbox"/> Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)			
<input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos):		N° de porções/dia: _____	
<input type="checkbox"/> Comércio de Cesta de alimentos:		N° de cestas de alimentos/mês: _____	
<input type="checkbox"/> <b>INDÚSTRIA DE ALIMENTOS. Especificar:</b> _____			
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTAÇÃO ESCOLAR</b> <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada		N° de alunos: _____ N° de unidades escolares: _____	
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b> Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada		N° médio de pacientes/dia: _____ N° médio de leitos ativados: _____ N° de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> <b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI</b>		N° médio de residentes/dia: _____ N° de refeições/dia: _____	
<input type="checkbox"/> <b>OUTROS</b> (Especificar a atividade da PJ): _____			
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL:</b> _____ horas			
<b>DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>			
<b>DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO</b>			
Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....
Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....	
<b>OBSERVAÇÃO:</b>			
<b>EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</b>			
Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala Especificar: _____			
<b>OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE</b>			
N° de Nutricionista(s): _____		N° de Técnico(s) em Nutrição: _____	

<b>III - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO:</b>						
Razão Social: _____						
Nome Fantasia: _____			CNPJ: _____			
Razão Social da unidade: _____			CNPJ: _____			
Endereço do local de trabalho (Rua/Av., N°): _____						
Bairro: _____		Cidade: _____		Estado: _____		CEP: _____
<b>MODALIDADE DE ATUAÇÃO:</b>						
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Pessoa Jurídica <input type="checkbox"/> Responsável Técnico da Unidade <input type="checkbox"/> Quadro Técnico						
<b>RAMO DE ATIVIDADE</b>				<b>DIMENSIONAMENTO</b>		
<b>ALIMENTAÇÃO COLETIVA:</b>				N° de refeições/dia		
				Pequenas (desjejum, lanche, colação, ceia/lanche)	Grandes (almoço, jantar, ceia/jantar)	
<input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação (terceirização de serviço de alimentação)						
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação autogestão (serviço próprio sem fins lucrativos)						
<input type="checkbox"/> Restaurante comercial e similar (lanchonete, etc.)						
<input type="checkbox"/> Buffet (serviço de alimentação para eventos):				N° de porções/dia: _____		
<input type="checkbox"/> Comércio de Cesta de alimentos:				N° de cestas de alimentos/mês: _____		
<input type="checkbox"/> <b>INDÚSTRIA DE ALIMENTOS. Especificar:</b> _____						
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTAÇÃO ESCOLAR</b> <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada				N° de alunos: _____ N° de unidades escolares: _____		
<input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL</b> Nutrição Clínica: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada Alimentação Coletiva: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Terceirizada				N° médio de pacientes/dia: _____ N° médio de leitos ativados: _____ N° de refeições/dia: _____		
<input type="checkbox"/> <b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI</b>				N° médio de residentes/dia: _____ N° de refeições/dia: _____		
<input type="checkbox"/> <b>OUTROS</b> (Especificar a atividade da PJ): _____						
<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL:</b> _____ horas						
<b>DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>						
<b>DIAS DA SEMANA E HORÁRIOS DE TRABALHO</b>						
Segunda .....às.....	Terça .....às.....	Quarta .....às.....	Quinta .....às.....	Sexta .....às.....	Sábado .....às.....	Domingo .....às.....
<b>OBSERVAÇÃO:</b>						
<b>EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</b>						
Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____						
<b>OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO/ UNIDADE</b>						
N° de Nutricionista(s): _____				N° de Técnico(s) em Nutrição: _____		

**OBS:** acrescentar abaixo outras informações para esclarecimentos ao CRN6 (distância entre as Empresas/Instituições/Unidades, tempo de locomoção, etc.).

**DECLARO, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste requerimento são a plena expressão da verdade, não havendo omissão de dados inclusive quanto aos locais de atuação profissional.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Nutricionista