



Conselho Federal de Nutricionistas
Conselho Regional de Nutricionistas da 6ª Região

SETOR DE FISCALIZAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, (nome completo) _____,
inscrito (a) no CRN-6 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-6 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável
Técnico:

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____
Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____
Endereço do local de trabalho: _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Dias e horários de funcionamento do serviço: _____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação Autogestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação	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 _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	EM CASO DE PLANTÃO DIURNO. ASSINALAR A ESCALA: Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Autogestão Pública () Gestão Terceirizada	Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____		
<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: _____ _____		
Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Contrato – CLT <input type="checkbox"/> Contrato – estatutário <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		

OBSERVAÇÃO:

➤ *Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica*

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____
Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____
Endereço do local de trabalho: _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Dias e horários de funcionamento do serviço: _____
Data de admissão: ____ / ____ / _____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação Autogestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação	N° 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 ____	<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)	N° de leitos ocupados: _____ N° total de refeições/dia: _____	<p align="center">EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</p> Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input checked="" type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Autogestão Pública () Gestão Terceirizada	N° Unidades: _____ N° de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Buffet para festas	N° de eventos/mês: _____		N° de: Nutricionista(s): _____ N° de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____ _____
<input type="checkbox"/> Cesta básica	N° de cestas/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____ _____		
Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Contrato – CLT <input type="checkbox"/> Contrato – estatutário <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		

OBSERVAÇÃO:

➤ *Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica*

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____
Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____
Endereço do local de trabalho: _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Dias e horários de funcionamento do serviço: _____
Data de admissão: ____ / ____ / _____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação Autogestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação	N° 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 ____	<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)	N° de leitos ocupados: _____ N° total de refeições/dia: _____	<p align="center">EM CASO DE PLANTÃO. ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</p> Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input checked="" type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Autogestão Pública () Gestão Terceirizada	N° Unidades: _____ N° de alunos da rede: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Buffet para festas	N° de eventos/mês: _____		N° de: Nutricionista(s): _____
<input type="checkbox"/> Cesta básica	N° de cestas/mês: _____		N° de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____		
Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Contrato – CLT <input type="checkbox"/> Contrato – estatutário <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		

OBSERVAÇÃO:

➤ **Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica**

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____ **CNPJ:** _____
Razão Social da unidade: _____ **CNPJ:** _____
Endereço do local de trabalho: _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Dias e horários de funcionamento do serviço: _____
Data de admissão: ____ / ____ / _____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Serviço de alimentação Autogestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária de alimentação	N° 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 ____	<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)	N° de leitos ocupados: _____ N° total de refeições/dia: _____	<p align="center">EM CASO DE PLANTÃO, ASSINALAR O TURNO E A ESCALA:</p> Turno: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno Escala: <input checked="" type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <input type="checkbox"/> Outra Escala. Especificar: _____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	Existência de Quadro Técnico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim N° de: Nutricionista(s): _____ N° de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____ _____
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Autogestão Pública () Gestão Terceirizada	N° Unidades: _____ N° de alunos da rede: _____		
<input type="checkbox"/> Buffet para festas	N° de eventos/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Cesta básica	N° de cestas/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____		
Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Contrato – CLT <input type="checkbox"/> Contrato – estatutário <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____		

OBSERVAÇÃO:

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 e Data

Assinatura do Nutricionista

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 (Resolução CFN nº 576/2016, Art.3º. Parágrafo único).

O documento deverá ser enviado via original ou digitalizada devidamente preenchido e assinado à Sede ou à Delegacia ou a Representação do CRN-6 de sua região (verifique o endereço no site: www.crn6.org.br)