



TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu, _____

(Nome do Nutricionista)

Inscrito(a) no CRN _____ sob nº _____, declaro que, a partir desta data, assumo a responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados nas áreas de nutrição e alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, estejam eles em desenvolvimento ou que venham a se desenvolver na vigência desta declaração, sob qualquer regime contratual com a Pessoa Jurídica:

Razão Social: _____

CNPJ _____ / _____ - _____

Na Unidade: _____

Situada à: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Declaro ainda que me comprometo a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de leis, decretos e resoluções, e não permitirei que quaisquer atividades de serviços técnicos de alimentação e nutrição, sob minha responsabilidade, sejam exercidas por Pessoas Físicas ou Pessoas Jurídicas que não possuam habilitação legal nos termos da legislação vigente. A presente declaração será válida até a data da minha comunicação, ou desta Pessoa Jurídica, expressando o término do compromisso, de acordo com a Resolução CFN vigente. Declaro também estar ciente da legislação que rege a minha profissão, incluindo o Código de Ética Profissional. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

_____ em _____ de _____ de _____
 (local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica/Unidade

Declaramos estar ciente do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) Nutricionista Responsável Técnico citado(a) nesse documento, e que o(a) referido(a) profissional terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais.

_____ em _____ de _____ de _____
 (local) (dia) (mês) (ano)

Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA EMPRESA/INSTITUIÇÃO:

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição: Estatutário Celetista Contratado
 Concursado Celetista Outro(especificar) _____

Data de admissão na Empresa/Instituição: _____ Data da Assunção de RT na unidade _____

Empresa/ Instituição Cadastrada no PAT: Não Sim: Modalidade _____

Nutricionista Cadastrada no PAT: Não Sim: Nº de Inscrição _____

Carga Horária semanal _____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:

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

Existência de Quadro Técnico: Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____

- NÃO EXERÇO outras atividades técnico profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria.
 EXERÇO outras atividades profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria, conforme descrito no VERSO deste.

ATUAÇÃO EM OUTRAS EMPRESAS /INSTITUIÇÕES OU COMO AUTÔNOMO**1.Razão Social:**

Na Unidade: _____

Situada à: _____

Bairro: _____

Município: _____

Estado: _____

CEP: _____

Telefone: () _____

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: _____

C NPJ _____

-Áreas de Atuação: Alimentação Coletiva Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência
Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição Nutrição em Esportes

- Dimensionamento da Unidade:
Refeições/dia _____ Leitos _____ Alunos _____ Outros (Especificar) _____
- Carga horária semanal: _____ horas.**Plantão:** Não Sim: Escala: 12x36h 12x60h**- Distribuição da carga horária semanal:**

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

- Existência de Quadro Técnico: Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de TND: _____**2.Razão Social:**

Na Unidade: _____

Situada à: _____

Bairro: _____

Município: _____

Estado: _____

CEP: _____

Telefone: () _____

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: _____

C NPJ _____

-Áreas de Atuação: Alimentação Coletiva Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência
Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição Nutrição em Esportes

- Dimensionamento da Unidade:
Refeições/dia _____ Leitos _____ Alunos _____ Outros (Especificar) _____
- Carga horária semanal: _____ horas.**Plantão:** Não Sim: Escala: 12x36h 12x60h**- Distribuição da carga horária semanal:**

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

- Existência de Quadro Técnico: Não Sim: Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de TND: _____**3. ATUA EM OUTROS LOCAIS?** Não Sim: Quantos? _____

_____ DE _____ DE 20_____
 DATA

 Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica/Unidade