



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS – DÉCIMA REGIÃO

TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HUMANA

Eu, _____,
(Nome do Nutricionista)

inscrito(a) no CRN-10 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 humana, 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/Filial: _____ CNPJ da filial, se houver: _____

Situada à: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ E-mail: _____

Atividade desenvolvida/tipo de estabelecimento:

- Serviço de alimentação coletiva (autogestão);
- Unidades escolares, creches, centros de educação infantil ou similares;
- Instituições de longa permanência para idosos (ILPI), residenciais ou hotéis geriátricos, casas de repouso, centros de convivência e similares para idosos;
- Estabelecimento hospitalar ou similar e clínicas com assistência nutricional e dietoterápica e/ou que disponha de serviço de alimentação coletiva, fornecendo refeições/dietas para a clientela sadia e/ou enferma;
- Ambulatórios com assistência nutricional e dietoterápica;
- Empresas, cooperativas ou centros de atenção multidisciplinar em saúde que atuem na assistência nutricional e dietoterápica, inclusive domiciliar (home care);
- Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (comunidades terapêuticas);
- Serviço público de alimentação escolar nas unidades de educação infantil, de ensino fundamental, médio e outros;
- Centros de atendimento clínico ou de qualidade de vida que mantenham atendimento nutricional, tais como spa, clínicas de estética e academias de atividade física;
- Serviços de terapia renal substitutiva;
- Bancos de alimentos e cozinhas comunitárias;
- Bancos de leite humano;
- Empresas que atuem no comércio atacadista ou varejista de alimentos;
- Clínicas de nutrição, implantadas e administradas por Instituições de Ensino Superior, que prestam serviços à comunidade;
- Outro. Especificar: _____

Vínculo do nutricionista com a empresa: Estatutário; Celetista; Contratado; Concursado Celetista
Outro(especificar)_____

Data de admissão na empresa: ____/____/____

Carga Horária semanal de _____ hora(s)

Plantão 12x36 Plantão 12x60 Outro tipo de escala, descrever: _____

Cumprimento da carga horária sem dia da semana fixo (preencher nos dias e horários mais habituais)

Distribuição da carga horária semanal:

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

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 humana, 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 e de Conduta do Nutricionista. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do nutricionista responsável pelas atividades de alimentação e nutrição humana

Declaramos estar cientes do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) nutricionista responsável pelas atividades de alimentação e nutrição humana 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 assegurados todos os recursos necessários para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do representante legal da pessoa jurídica