



TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu,....., inscrito(a) no CRN-1 sob nº....., declaro que estou ciente da Legislação que rege o Conselho Regional e a minha profissão: Lei 6583/78, Decreto 84.444/80, Lei 8234/91 e Resoluções CFN 334/04, CFN 419/08 e CFN 378/05, e comprometo-me a cumpri-la integralmente.

DECLARO, AINDA, QUE:

- Não permitirei que quaisquer atividades ou serviços técnicos de Nutrição e Alimentação, sob minha responsabilidade, sejam exercidos por Pessoas Físicas ou Jurídicas que não possuam habilitação legal nos termos da legislação vigente.

- A partir desta data, assumo inteira responsabilidade pela direção das atividades e/ou serviços técnicos específicos de Nutrição e Alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, estejam eles em desenvolvimento, ou que venham a se desenvolver na vigência desta declaração, à Pessoa Jurídica:

Razão Social: _____

Endereço: _____

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

CNPJ | | | | | | | | | | / | | | | | | | | - | | | | |

Onde atuo como Nutricionista Responsável Técnico desde/...../....., com o vínculo de trabalho:

Autônomo, CLT, Sócio/Proprietário, Estatutário, recebendo a remuneração no valor de R\$......;

Exercendo a carga horária semanal de :.....horas / distribuídas da seguinte forma a:

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

- Esta Pessoa Jurídica está cadastrada no PAT na modalidade..... e respondo ainda como responsável técnica pelo PAT junto ao Ministério do Trabalho e Emprego, estando devidamente inscrita no mesmo sob Nº.....

Esta Pessoa Jurídica NÃO está cadastrada no PAT.

- Comunicarei formalmente ao CRN-1 o meu desligamento da Pessoa Jurídica acima referida, no prazo máximo de 15(quinze) dias, a contar da data de rescisão contratual, bem como dos demais profissionais (Nutricionistas ou Técnicos em Nutrição) da mesma, quando existir, conforme normatiza a Resolução CFN nº 419/08.

*Mais detalhes a respeito do grau de complexidade dos serviços, em especial, tipo de serviço, número de unidades, número de refeições produzidas, turnos de produção de, características e número de clientes atendidos, estão informados no formulário de dimensionamento da empresa em anexo

INFORMO QUE :

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

Local:, em de de

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica

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, conforme atribuições específicas contidas na Resolução CFN nº 380/05, a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício da profissão. Qualquer violação aos seus direitos ético-profissionais obrigar-nos-á às responsabilidades legais cabíveis.

Local:, em de de

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

2. Atualmente, atuo também nas seguintes Pessoas Jurídicas:

a. Razão Social

CNPJ | | | | | | | | | | / | | | | | - | | |

Ramo de Atividade	Dimensionamento da Unidade	Carga Horária Semanal	Distribuição da Carga Horária		Existência de Quadro Técnico
			Dias da Semana	Horário	
<input type="checkbox"/> Concessionária	Nº. de refeições dia				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____
	Nº. de Clientes (unidades)*				
<input type="checkbox"/> Autogestão	Nº. de refeições dia				
	Nº. de Clientes Unidades				
<input type="checkbox"/> Hospital	Clinica Nº. de leitos				
	Produção Nº. de Refeições				
<input type="checkbox"/> Creche/Escola	Nº. de Alunos Integral				
	Nº. de Alunos Parcial				
<input type="checkbox"/> Cesta Básica	Nº. de cestas /mês				
<input type="checkbox"/> Outros	Especificar				

b. Razão Social

CNPJ | | | | | | | | | | / | | | | | - | | |

Ramo de Atividade	Dimensionamento da Unidade	Carga Horária Semanal	Distribuição da Carga Horária		Existência de Quadro Técnico
			Dias da Semana	Horário	
<input type="checkbox"/> Concessionária	Nº. de refeições dia				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº. de Nutricionistas: _____ Nº. de Técnicos: _____
	Nº. de Clientes (unidades)*				
<input type="checkbox"/> Autogestão	Nº. de refeições dia				
	Nº. de Clientes Unidades				
<input type="checkbox"/> Hospital	Clinica Nº. de leitos				
	Produção Nº. de Refeições				
<input type="checkbox"/> Creche/Escola	Nº. de Alunos Integral				
	Nº. de Alunos Parcial				
<input type="checkbox"/> Cesta Básica	Nº. de cestas /mês				
<input type="checkbox"/> Outros	Especificar				

Se necessário acrescente abaixo outras informações (distancia entre as empresas, tempo de locomoção, etc) para esclarecimentos:

Local e Data

Assinatura e Carimbo