



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CADASTRO - PREFEITURA

Vem cadastrar, junto ao Conselho Regional de Nutricionistas da 5ª região:

Prefeitura: _____
CNPJ: _____ Horário de Funcionamento: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Telefone: _____ FAX: _____
e-mail: _____ Ponto de Referência: _____
Responsável para correspondência/Setor: _____
Endereço para correspondência: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Telefone: _____ e-mail: _____
Nome do Prefeito: _____
Período de Gestão do Prefeito: _____

Declaramos estar cientes dos presentes Termos de Compromissos firmados pelos (as) Nutricionistas Responsáveis Técnicos, e que os mesmos profissionais terão plena e íntegra autonomia técnica em suas atividades e serviços a cargo desta Prefeitura, ficando-lhes asseguradas, todas as facilidades para o exercício de seu mister, assim como, sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos profissionais obriga-nos às responsabilidades legais.

_____, em _____ de _____ de _____
(Local)

Assinatura do Prefeito



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

ORIENTAÇÕES PARA O CADASTRAMENTO/ RECADASTRAMENTO

A fim de efetivarmos o cadastro das Prefeituras, solicitamos que sejam enviadas a este Conselho as informações abaixo relacionadas:

- ✓ Formulário de requerimento de cadastro - Prefeituras (este formulário deve ser assinado pelo Prefeito do Município)
- ✓ Termos de compromisso da Alimentação Escolar, Políticas e Programas Institucionais, Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde;
- ✓ Vínculo empregatício dos Responsáveis Técnicos (Nutricionistas).



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

TERMO DE COMPROMISSO – Alimentação Escolar

Eu, _____
portador (a) da RG nº _____, inscrito (a) no CRN-5 sob o nº _____,
residente à _____

telefone de contato _____ e e-mail _____,
declaro que a partir desta data, assumo a inteira responsabilidade e a direção das atividades ou
serviços técnicos especializados de Nutrição e Alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, em
execução ou que se executarem na vigência desta declaração, junto à Prefeitura do Município de
_____.

Local de Atuação _____

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

ALIMENTAÇÃO DO ESCOLAR					
<input type="checkbox"/> Integral					
Modalidade de Ensino	Nº de alunos	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Creche e pré-escola					
Ensino Fundamental					
<input type="checkbox"/> Parcial					
Modalidade de Ensino	Nº de alunos	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Creche e pré-escola					
Ensino Fundamental					

Atendendo a Legislação do Sistema CFN/CRN, apresento o seguinte quadro técnico de Nutrição (Nutricionista e Técnicos em Nutrição)

Nome	Registro CRN-5	Carga Horária Semanal	Função/Setor



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

Eu, _____ declaro ainda que:

Não exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria

Exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos, ou por conta própria, abaixo relacionados:

Razão Social da empresa: _____

Nome Fantasia : _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Local de Atuação _____ Carga horária semanal _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Função/cargo

Sou o Responsável Técnico Componho o quadro técnico

Área de atividade

UAN Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência

Observações:

1. O responsável pelo preenchimento deste documento deve ser o responsável técnico;
2. O responsável técnico deve preencher todos os campos manualmente;
3. Os campos em branco devem ser riscados;
4. O responsável técnico deve rubricar todas as folhas deste documento;
5. Este documento deve ser preenchido sem rasuras e é vetado o uso de corretivo;
6. Anexar a este documento a cópia do vínculo de trabalho.

Este documento tem caráter público. A inserção de declaração falsa ou omissão com intuito de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato relevante incorre no tipo penal do art.299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de infração ético-profissional (Resolução CFN nº 334/2004), do que fico ciente, comprometendo-me a comunicar ao CRN-5 sobre mudanças ocorridas quanto às informações prestadas.

_____, _____ de _____ de _____
(Local)

Assinatura do Profissional

CRN 5 nº _____



TERMO DE COMPROMISSO – Políticas e Programas Institucionais

Eu, _____
portador (a) da RG nº _____, inscrito (a) no CRN-5 sob o nº _____,
residente à _____

telefone de contato _____ e e-mail _____,
declaro que a partir desta data, assumo a inteira responsabilidade e a direção das atividades ou
serviços técnicos especializados de Nutrição e Alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, em
execução ou que se executarem na vigência desta declaração, junto à Prefeitura do Município de
_____.

Local de Atuação _____

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

SAÚDE COLETIVA				
Políticas e Programas Institucionais				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações

Atendendo a Legislação do Sistema CFN/CRN, apresento o seguinte quadro técnico de Nutrição (Nutricionista e Técnicos em Nutrição)

Nome	Registro CRN-5	Carga Horária Semanal	Função/Setor



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

Eu, _____ declaro ainda que:

Não exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria

Exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos, ou por conta própria, abaixo relacionados:

Razão Social da empresa: _____

Nome Fantasia : _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Local de Atuação _____ Carga horária semanal _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Função/cargo

Sou o Responsável Técnico Componho o quadro técnico

Área de atividade

UAN Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência

Observações:

1. O responsável pelo preenchimento deste documento deve ser o responsável técnico;
2. O responsável técnico deve preencher todos os campos manualmente;
3. Os campos em branco devem ser riscados;
4. O responsável técnico deve rubricar todas as folhas deste documento;
5. Este documento deve ser preenchido sem rasuras e é vetado o uso de corretivo;
6. Anexar a este documento a cópia do vínculo de trabalho.

Este documento tem caráter público. A inserção de declaração falsa ou omissão com intuito de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato relevante incorre no tipo penal do art.299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de infração ético-profissional (Resolução CFN nº 334/2004), do que fico ciente, comprometendo-me a comunicar ao CRN-5 sobre mudanças ocorridas quanto às informações prestadas.

_____, _____ de _____ de _____

(Local)

Assinatura do Profissional

CRN 5 nº _____



TERMO DE COMPROMISSO – Atenção Básica em Saúde

Eu, _____,
portador (a) da RG nº _____, inscrito (a) no CRN-5 sob o nº _____,
residente à _____,
telefone de contato _____ e e-mail _____,
declaro que a partir desta data, assumo a inteira responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados de Nutrição e Alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, em execução ou que se executarem na vigência desta declaração, junto à Prefeitura do Município de _____.

Local de Atuação _____

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

SAÚDE COLETIVA				
Atenção Básica em Saúde				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações

Atendendo a Legislação do Sistema CFN/CRN, apresento o seguinte quadro técnico de Nutrição (Nutricionista e Técnicos em Nutrição)

Nome	Registro CRN-5	Carga Horária Semanal	Função/Setor



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

Eu, _____ declaro ainda que:

Não exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria

Exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos, ou por conta própria, abaixo relacionados:

Razão Social da empresa: _____

Nome Fantasia : _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Local de Atuação _____ Carga horária semanal _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Função/cargo

Sou o Responsável Técnico Componho o quadro técnico

Área de atividade

UAN Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência

Observações:

1. O responsável pelo preenchimento deste documento deve ser o responsável técnico;
2. O responsável técnico deve preencher todos os campos manualmente;
3. Os campos em branco devem ser riscados;
4. O responsável técnico deve rubricar todas as folhas deste documento;
5. Este documento deve ser preenchido sem rasuras e é vetado o uso de corretivo;
6. Anexar a este documento a cópia do vínculo de trabalho.

Este documento tem caráter público. A inserção de declaração falsa ou omissão com intuito de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato relevante incorre no tipo penal do art.299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de infração ético-profissional (Resolução CFN nº 334/2004), do que fico ciente, comprometendo-me a comunicar ao CRN-5 sobre mudanças ocorridas quanto às informações prestadas.

_____, _____ de _____ de _____
(Local)

Assinatura do Profissional

CRN 5 nº _____



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

TERMO DE COMPROMISSO – Vigilância em Saúde

Eu, _____,
portador (a) da RG nº _____, inscrito (a) no CRN-5 sob o nº _____,
residente à _____,
telefone de contato _____ e e-mail _____,
declaro que a partir desta data, assumo a inteira responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados de Nutrição e Alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, em execução ou que se executarem na vigência desta declaração, junto à Prefeitura do Município de _____.

Local de Atuação _____

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

SAÚDE COLETIVA				
Vigilância em Saúde				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações

Atendendo a Legislação do Sistema CFN/CRN, apresento o seguinte quadro técnico de Nutrição (Nutricionista e Técnicos em Nutrição)

Nome	Registro CRN-5	Carga Horária Semanal	Função/Setor



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 5ª REGIÃO
BA - SE

Eu, _____ declaro ainda que:

- Não exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria
- Exerço atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos, ou por conta própria, abaixo relacionados:

Razão Social da empresa: _____
Nome Fantasia : _____ CNPJ: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Local de Atuação _____ Carga horária semanal _____
Endereço: _____
Bairro: _____ cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones de contato: _____ e-mail: _____

Função/cargo

- Sou o Responsável Técnico Componho o quadro técnico

Área de atividade

- UAN Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência

Observações:

1. O responsável pelo preenchimento deste documento deve ser o responsável técnico;
2. O responsável técnico deve preencher todos os campos manualmente;
3. Os campos em branco devem ser riscados;
4. O responsável técnico deve rubricar todas as folhas deste documento;
5. Este documento deve ser preenchido sem rasuras e é vetado o uso de corretivo;
6. Anexar a este documento a cópia do vínculo de trabalho.

Este documento tem caráter público. A inserção de declaração falsa ou omissão com intuito de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato relevante incorre no tipo penal do art.299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de infração ético-profissional (Resolução CFN nº 334/2004), do que fico ciente, comprometendo-me a comunicar ao CRN-5 sobre mudanças ocorridas quanto às informações prestadas.

_____, _____ de _____ de _____
(Local)

Assinatura do Profissional

CRN 5 nº _____