



TERMO DE COMPROMISSO

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 empresa _____ estabelecida em _____;

- que me comprometo a cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de Leis, decretos ou Resoluções;

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

- que mantereirei meus dados cadastrais atualizados junto ao CRN-5;

- que comunicarei, formalmente, ao CRN-5 o meu desligamento da empresa acima referida, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data da rescisão contratual;

- que cumprirei minhas obrigações junto ao CRN-5, como pagar as atribuições pontualmente e atender determinações e convocações pelo órgão, como por exemplo, eleições a cada triênio.

Estas declarações são a expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

_____, em _____ de _____ de _____
(Local)

Assinatura do Profissional

Declaramos estar cientes do presente Termo de Compromisso firmado pelo (a) Nutricionista Responsável Técnico _____ e que o mesmo profissional terá plena e íntegra autonomia técnica em suas atividades e serviços a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe 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 e carimbo da Empresa



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

Eu, _____, venho por meio desta, comunicar que exerço as seguintes atividades profissionais abaixo descritas, de acordo com as Resoluções do Sistema CFN/CRN:

I - ÁREA DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA						
a. UAN (Unidade de Alimentação e Nutrição)						
<ul style="list-style-type: none">empresas fornecedoras de serviços de alimentação coletiva, serviço de alimentação auto-gestão, restaurantes comerciais, cozinhas dos estabelecimentos assistenciais de saúde, comissárias						
Tipos de Refeições		Nº Refeições/dia	Carga Horária Semanal	Dias de trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Grandes refeições	1. Almoço					
	2. Jantar					
	3. Ceia					
Pequenas refeições	1. Desjejum					
	2. Lanche					
	3. Ceia					
<ul style="list-style-type: none">serviços de alimentos congelados, serviços de Buffet e rotisseries						
Nº Porções/dia	Carga Horária Semanal	Dias de trabalho	Horário de Trabalho	Observações		
b. 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						



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

II - NUTRIÇÃO CLÍNICA					
a. Hospitais e Clínicas					
Nível de Atendimento	Nº de Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Primário					
Secundário					
Terciário					
b. SPA					
Nº de Clientes/Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações	
c. Ambulatórios/Consultórios					
Tipo de Consulta	Nº de Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Inicial					
Retorno/reconsulta					
d. Banco de Leite Humano					
Unidade de BLH	Nº de Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
e. Lactários e Centrais de Terapia Nutricional					
Nº de Unidade	Nº de Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
f. Atendimento Domiciliar					
Nº de Clientes/Pacientes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações	
g. Instituições de Longa Permanência para Idosos (IPLI)					
Grau de Dependência	Nº de Residentes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
I					
II					
III					



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

III - SAÚDE COLETIVA				
a. Políticas e Programas Institucionais				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
b. Atenção Básica em Saúde				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
c. Vigilância em saúde				
Nº de habitantes	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações

IV - DOCÊNCIA				
Função / atividade	Carga Horária Semanal	Dias de Trabalho	Horário de Trabalho	Observações
Direção/coordenação de cursos de graduação				
Docência de disciplinas com conteúdos privativos nos cursos de graduação em Nutrição				
Docência de disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos para a área de saúde e outras a fins				
Supervisão de estágios				



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:

1.

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

2.

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



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

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. Os campos “assinatura”, solicitados nas páginas 01 e 07 deste documento, deve ser idêntica ao documento da carteira de identidade.

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 _____

Assinatura do Profissional
CRN- __ nº _____

Assinatura e carimbo do Proprietário/Diretor/Procurador

Página 07 de 07