

➤ **Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica ou em outro setor/unidade da mesma Pessoa Jurídica**
(UTILIZAR CÓPIAS DESTA PÁGINA EM CASO DE MAIS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS)

Razão Social: _____ CNPJ: _____
 Endereço: _____
 Dias e horários de funcionamento: _____
 Município: _____ UF: _____ CEP: _____
 Data de admissão: ____ / ____ / ____ Data da função: ____ / ____ / ____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia	<input type="checkbox"/> Segunda: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Terça: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quarta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Quinta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sexta: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Sábado: ____ às ____ <input type="checkbox"/> Domingo: ____ às ____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: ____ h / semanais. <i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT unidades/ cliente, quais? _____ _____
	Desjejum: _____		
	Almoço: _____		
	Lanche: _____		
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Jantar: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____
	Ceia: _____		
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública	Nº de alunos: _____		Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____
	Outras (descreva): _____ _____		
<input type="checkbox"/> Buffet para eventos	Nº de eventos/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Cesta de alimentos	Nº de cestas/mês: _____		
<input type="checkbox"/> Consultório	Nº de atendimentos/ dia: _____		
<input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Especificar: _____ _____		

Descrição das atividades a serem realizadas:

OBS: Se necessário, acrescentar abaixo outras informações (distância entre as empresas, tempo de locomoção, etc.) para esclarecimentos ao Plenário do CRN.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista

O documento deverá ser enviado via original ou digitalizada devidamente preenchido e assinado à Sede do CRN-8 ou à Delegacia CRN-8 de sua região (verifique o endereço no site: www.crn8.org.br)