

Dúvidas no Preenchimento? - Selecione o campo e teclae em F1

Razão Social:		CNPJ Matriz:			Nº. Registro:		
COZINHA CENTRAL e/ou UNIDADES CLIENTES (LOCAIS ONDE PRODUZ E/OU SÃO DISTRIBUIDAS REFEIÇÕES)		VOLUME DE REFEIÇÕES / DIA			Nutricionista Responsável Técnico(a) - CRN nº	Quadro Técnico (Outros nutricionistas e técnicos de nutrição - TND que atual em cada local)	
		Produz e/ou distribui?	Quantidade de Refeições diárias (Número)				
1	CNPJ da PJ((Filial se for o caso) na unidade:	Nesta local: <input type="checkbox"/> Produz <input type="checkbox"/> Distribui	Pequenas Refeições	Almoço	Jantar	Nome: CRN-1 nº: Carga Horas/semana da RT na unidade:	<input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Sim (neste caso preencher verso) Quantos? Nutricionistas : ___ Técnicos - TND: ___
	Nome da Unidade, Cliente, etc:		Nº	Nº	Nº		
	CNPJ da unidade Cliente:	Bairro:		Município:		UF:	CEP:
	Endereço:						
2	CNPJ da PJ((Filial se for o caso) na unidade:	Nesta local: <input type="checkbox"/> Produz <input type="checkbox"/> Distribui	Pequenas Refeições	Almoço	Jantar	Nome: CRN-1 nº: Carga Horas/semana da RT na unidade:	<input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Sim (neste caso preencher verso) Quantos? Nutricionistas : ___ Técnicos - TND: ___
	Nome da Unidade, Cliente, etc:		Nº	Nº	Nº		
	CNPJ da unidade Cliente:	Bairro:		Município:		UF:	CEP:
	Endereço:						
3	CNPJ da PJ((Filial se for o caso) na unidade:	Nesta local: <input type="checkbox"/> Produz <input type="checkbox"/> Distribui	Pequenas Refeições	Almoço	Jantar	Nome: CRN-1 nº: Carga Horas/semana da RT na unidade:	<input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Sim (neste caso preencher verso) Quantos? Nutricionistas : ___ Técnicos - TND: ___
	Nome da Unidade, Cliente, etc:		Nº	Nº	Nº		
	CNPJ da unidade Cliente:	Bairro:		Município:		UF:	CEP:
	Endereço:						
4	CNPJ da PJ((Filial se for o caso) na unidade:	Nesta local: <input type="checkbox"/> Produz <input type="checkbox"/> Distribui	Pequenas Refeições	Almoço	Jantar	Nome: CRN-1 nº: Carga Horas/semana da RT na unidade:	<input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> Sim (neste caso preencher verso) Quantos? Nutricionistas : ___ Técnicos - TND: ___
	Nome da Unidade, Cliente, etc:		Nº	Nº	Nº		
	CNPJ da unidade Cliente:	Bairro:		Município:		UF:	CEP:
	Endereço:						

** Indicar apenas o número de horas trabalhadas na respectiva unidade e não o número de horas total trabalhado para empresa.

OBS-1. Como as refeições transportadas são distribuídas? Porcionadas à Granel **Especifique:**

OBS-2. Caso a empresa possua escritório administrativo nesta Região, favor preencher a Tabela abaixo.

ESCRITÓRIO/ UNIDADE ADMINISTRATIVA	CNPJ:		
Endereço:	Município:	UF:	CEP:

Local e Data

Assinatura a do Responsável pela Empresa

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE

Unidade /Local		Nome (CRN)	Profissional	Admitido em:	Carga Horária Semanal			
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária
Nome:	Nome:	CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico	_/_/____	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
CNPJ:	CRN nº				Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária

Afirmo ser verdade que a empresa em epígrafe desempenha atividades ligadas a alimentação APENAS E SOMENTE nas unidades relacionadas neste formulário.

Local e Data

Assinatura a do Responsável pela Empresa

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN/1 e só será válido se assinado e protocolado pelo CRN/1. Não serão aceitas versões enviadas por CORREIO ELETRÔNICO ou FAX.