

**Form 15 - SOLICITAÇÃO PARA ASSUNÇÃO DE MAIS DE UMA RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu (nome completo),

Inscrito no CRN, sob nº

Residente à (Rua, nº, bairro, município, UF, CEP)

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Fone:

Celular:

e-mail:

Venho por meio deste, solicitar autorização do CRN 1ª. Região para assumir a ( 1ª, 2ª, 3ª...)

**PESSOA JURÍDICA DESCRITA LOGO ABAIXO:****Razão Social:**

C NPJ:

Na Unidade:

Situada à:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone:

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

**Áreas de Atuação:**  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  
 Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição  Nutrição Esportiva  PNAE**Dimensionamento da Unidade:** Nº Refeições/dia \_\_\_\_\_, Nº Alunos.. \_\_\_\_\_, Nº Leitos .. \_\_\_\_\_, Outros \_\_\_\_\_**Data da Admissão:**  
\_\_/\_\_/\_\_**- Carga horária semanal \_\_\_\_\_ hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:**Segunda  
: às :Terça  
: às :Quarta  
: às :Quinta  
: às :Sexta  
: às :Sábado  
: às :Domingo  
: às :**- Existência de Quadro Técnico:**  Não  Sim: N°. de Nutricionistas: \_\_\_\_\_, N°. de Técnicos: \_\_\_\_\_

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, características e número de clientes atendidos, estão informados no formulário de dimensionamento da empresa em anexo.

**DESCRIÇÃO DAS DEMAIS PESSOAS JURÍDICAS EM QUE ATUO:****1. Razão Social:**

C NPJ:

Na Unidade:

Situada à:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Telefone:

Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição:

**Áreas de Atuação:**  Alimentação Coletiva  Nutrição Clínica  Saúde Coletiva  Docência  
 Indústria de Alimentos  Marketing em Nutrição  Nutrição Esportiva  PNAE**Dimensionamento da Unidade:** Nº Refeições/dia \_\_\_\_\_, Nº Alunos.. \_\_\_\_\_, Nº Leitos .. \_\_\_\_\_, Outros \_\_\_\_\_**Data da Admissão:**  
\_\_/\_\_/\_\_**- Carga horária semanal \_\_\_\_\_ hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:**Segunda  
: às :Terça  
: às :Quarta  
: às :Quinta  
: às :Sexta  
: às :Sábado  
: às :Domingo  
: às :**- Existência de Quadro Técnico:**  Não  Sim: N°. de Nutricionistas: \_\_\_\_\_, N°. de Técnicos: \_\_\_\_\_

|  |  |  |                 |  |                  |   |                   |
|--|--|--|-----------------|--|------------------|---|-------------------|
| <b>2.Razão Social:</b>                     |  | C NPJ:   |                 |  |                  |   |                   |
| Na Unidade:                                |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| Situada à:                                 |  | Bairro:  |                 |  |                  |   |                   |
| Município:                                 |  | UF:  |                 | CEP:   |                  | Telefone:                                   |                   |
| Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| <b>Áreas de Atuação:</b>                   |  | <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva                                    |                 | <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica  |                  | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva     |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos                                  |                 | <input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição                                     |                  | <input type="checkbox"/> Nutrição Esportiva |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> Docência           |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> PNAE               |                   |
| <b>Dimensionamento da Unidade:</b>         |  | <input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,                                 |                 | <input type="checkbox"/> Nº Alunos.. _____,  |                  |   |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Nº Leitos .. _____,                                     |                 | <input type="checkbox"/> Outros _____  |                  |   |                   |
| <b>Data da Admissão:</b>                   |  | <b>- Carga horária semanal _____hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:</b> |                 |  |                  |   |                   |
| __/__/____                                 |  | Segunda<br>: às :  | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às :   | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às :                             | Sábado<br>: às :  |
|  |  |  |                 |  |                  |   | Domingo<br>: às : |
| <b>- Existência de Quadro Técnico:</b>     |  | <input type="checkbox"/> Não   |                 | <input type="checkbox"/> Sim: N°. de Nutricionistas: _____, N°. de Técnicos: _____ |                  |   |                   |

|  |  |  |                 |  |                  |   |                   |
|--|--|--|-----------------|--|------------------|---|-------------------|
| <b>3.Razão Social:</b>                     |  | C NPJ:   |                 |  |                  |   |                   |
| Na Unidade:                                |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| Situada à:                                 |  | Bairro:  |                 |  |                  |   |                   |
| Município:                                 |  | UF:  |                 | CEP:   |                  | Telefone:                                   |                   |
| Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| <b>Áreas de Atuação:</b>                   |  | <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva                                    |                 | <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica  |                  | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva     |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos                                  |                 | <input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição                                     |                  | <input type="checkbox"/> Nutrição Esportiva |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> Docência           |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> PNAE               |                   |
| <b>Dimensionamento da Unidade:</b>         |  | <input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,                                 |                 | <input type="checkbox"/> Nº Alunos.. _____,  |                  |   |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Nº Leitos .. _____,                                     |                 | <input type="checkbox"/> Outros _____  |                  |   |                   |
| <b>Data da Admissão:</b>                   |  | <b>- Carga horária semanal _____hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:</b> |                 |  |                  |   |                   |
| __/__/____                                 |  | Segunda<br>: às :  | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às :   | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às :                             | Sábado<br>: às :  |
|  |  |  |                 |  |                  |   | Domingo<br>: às : |
| <b>- Existência de Quadro Técnico:</b>     |  | <input type="checkbox"/> Não   |                 | <input type="checkbox"/> Sim: N°. de Nutricionistas: _____, N°. de Técnicos: _____ |                  |   |                   |

|  |  |  |                 |  |                  |   |                   |
|--|--|--|-----------------|--|------------------|---|-------------------|
| <b>4.Razão Social:</b>                     |  | C NPJ:   |                 |  |                  |   |                   |
| Na Unidade:                                |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| Situada à:                                 |  | Bairro:  |                 |  |                  |   |                   |
| Município:                                 |  | UF:  |                 | CEP:   |                  | Telefone:                                   |                   |
| Tipo de Atividade da Empresa/ Instituição: |  |  |                 |  |                  |   |                   |
| <b>Áreas de Atuação:</b>                   |  | <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva                                    |                 | <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica  |                  | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva     |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos                                  |                 | <input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição                                     |                  | <input type="checkbox"/> Nutrição Esportiva |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> Docência           |                   |
|  |  |  |                 |  |                  | <input type="checkbox"/> PNAE               |                   |
| <b>Dimensionamento da Unidade:</b>         |  | <input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,                                 |                 | <input type="checkbox"/> Nº Alunos.. _____,  |                  |   |                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Nº Leitos .. _____,                                     |                 | <input type="checkbox"/> Outros _____  |                  |   |                   |
| <b>Data da Admissão:</b>                   |  | <b>- Carga horária semanal _____hs/semana, distribuídas da seguinte forma a:</b> |                 |  |                  |   |                   |
| __/__/____                                 |  | Segunda<br>: às :  | Terça<br>: às : | Quarta<br>: às :   | Quinta<br>: às : | Sexta<br>: às :                             | Sábado<br>: às :  |
|  |  |  |                 |  |                  |   | Domingo<br>: às : |
| <b>- Existência de Quadro Técnico:</b>     |  | <input type="checkbox"/> Não   |                 | <input type="checkbox"/> Sim: N°. de Nutricionistas: _____, N°. de Técnicos: _____ |                  |   |                   |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Local e Data:

Assinatura e Carimbo