



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS
3ª REGIÃO (SP/MS)

**TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL
TÉCNICO PELA PESSOA JURÍDICA**

Eu, _____, inscrito (a) no CRN-3 sob nº _____, declaro que estou ciente da Legislação que rege o Conselho Regional e a minha profissão: Lei 6583/78, Decreto 84.444/80, Lei 8234/91 e Resoluções CFN 334/04, CFN 576/16 e CFN 378/05 e comprometo-me a cumpri-la integralmente.

DECLARO, AINDA, QUE:

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

• A partir desta data, assumo inteira responsabilidade pela direção das atividades e/ou serviços técnicos específicos de Nutrição e Alimentação, com **PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA**, estejam eles em desenvolvimento ou que venham a se desenvolver na vigência desta declaração, à Pessoa Jurídica _____,

estabelecida à _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ Telefone(s): _____

E-mail (PJ): _____.

Onde atuo como **Nutricionista Responsável Técnico** desde ____/____/_____, com o vínculo de trabalho:

Autônomo CLT Sócio/ Proprietário Serviço Público

• Comunicarei formalmente ao CRN-3 o meu desligamento da Pessoa Jurídica acima referida, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data de rescisão contratual, bem como dos demais profissionais (Nutricionista ou Técnicos em Nutrição e Dietética) da mesma, quando existir, conforme normatiza a Resolução CFN nº 576/16.

• Local de atuação na Pessoa Jurídica: Matriz Filial Todos anteriores Outros: _____

• **Carga horária semanal:** _____ horas / **distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:**

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____

INFORMO QUE:

NÃO EXERÇO outras atividades técnico- profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria.

EXERÇO outras atividades técnico profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria. Neste caso, preencher a segunda página deste formulário.

Local: _____, em _____ de _____ de _____

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico pela Pessoa Jurídica

Declaramos estar ciente do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) Nutricionista Responsável Técnico citado(a) nesse documento, e que o(a) referido(a) profissional terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos, conforme atribuições específicas contidas na Resolução CFN nº 380/05, a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício da profissão. Qualquer violação aos seus direitos ético-profissionais obrigar-nos-á às responsabilidades legais cabíveis.

Local: _____, em _____ de _____ de _____

Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica
(Proprietário, Sócio-proprietário, Diretor ou Gerente)

ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM OUTRAS PESSOAS JURÍDICAS E/OU COMO AUTÔNOMO

1. Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone (s): _____ E-mail: _____

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica: _____

• Data de admissão: ____ / ____ / ____

• Vínculo de trabalho: Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público

• Atuação como: RT da Pessoa Jurídica RT da Unidade Componente do Quadro Técnico

• Carga horária semanal: _____ horas / distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

• Descrição das atividades desenvolvidas: _____

2. Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone (s): _____ E-mail: _____

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica: _____

• Data de admissão: ____ / ____ / ____

• Vínculo de trabalho: Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público

• Atuação como: RT da Pessoa Jurídica RT da Unidade Componente do Quadro Técnico

• Carga horária semanal: _____ horas / distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

• Descrição das atividades desenvolvidas: _____

3. Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone (s): _____ E-mail: _____

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica: _____

• Data de admissão: ____ / ____ / ____

• Vínculo de trabalho: Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público

• Atuação como: RT da Pessoa Jurídica RT da Unidade Componente do Quadro Técnico

• Carga horária semanal: _____ horas / distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda ____ às ____	Terça ____ às ____	Quarta ____ às ____	Quinta ____ às ____	Sexta ____ às ____	Sábado ____ às ____	Domingo ____ às ____
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

• Descrição das atividades desenvolvidas: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico/ Nº CRN-3