

MODELO SUGERIDO PELO CRN-3 DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO – UNID. ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR OU SIMILAR

Atestamos para os devidos fins que a pessoa jurídica **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** [Razão Social da Pessoa Jurídica Contratada], CNPJ: [Número do CNPJ], situada [Endereço Completo] presta/prestou serviços de alimentação à **XX** [Razão Social da Pessoa Jurídica Contratante], CNPJ: [Número do CNPJ], situada [Endereço completo].

Instrumento jurídico:

- Tipo: [Contrato/ Convênio/Nota de Empenho/Ordem de Serviço]
- Número do instrumento jurídico: [Número, se houver]

Período de execução do serviço:

- Início: [Dia/Mês/Ano] e Término: [Dia/Mês/Ano]

Obs.: Se houver Aditivo Contratual que prorogue o período de execução do serviço e/ou o quantitativo por tipo de refeição, essas informações deverão constar no Atestado no formato abaixo, devendo ser informado todos que houver nessas condições:

Instrumento jurídico:

- Tipo: **Aditivo Contratual (ou Termo Aditivo)**
- Número do instrumento jurídico [Aditivo Contratual (ou Termo Aditivo)]: [Número, se houver]

Período de execução do serviço:

- Início: [Dia/Mês/Ano] e Término: [Dia/Mês/Ano]

Obs.: sendo o cliente/contratante uma pessoa jurídica de direito privado, se não houver número no instrumento jurídico, deverá constar a informação: **Contrato Sem Número**; e sendo o cliente/contratante uma pessoa jurídica de direito privado, e não havendo data fixada de término no

contrato, deverá constar a informação: período de execução do serviço **início (dia/mês/ano) e término indeterminado** da execução do serviço.

Nutricionista Responsável Técnico que acompanhou efetivamente a prestação do serviço:

- Nome completo: **[Nome completo do nutricionista]**
- Número de inscrição no CRN: **[Número de inscrição no CRN]**

Obs.: Informar todos os Nutricionistas RTs que acompanharam a execução do serviço de alimentação durante o período contratual, conforme informações prestadas ao CRN-3.

O serviço prestado consistiu na execução das seguintes atividades:

- Tipo de refeição fornecida para pacientes (quantidade diária):

Dieta Geral **[Ex: Café da Manhã/Desjejum/Colação; Almoço; Lanche da Tarde/Merenda; Jantar, Ceia (Lanche ou Jantar, conforme o caso)]**

Quantidade diária de refeições fornecidas por tipo: **[Número de refeições fornecidas diariamente por tipo durante o período de contrato].**

Dieta Modificada **[Ex: Café da Manhã/Desjejum/Colação; Almoço; Lanche da Tarde/Merenda; Jantar, Ceia (Lanche ou Jantar, conforme o caso)]**

Quantidade diária de refeições fornecidas por tipo: **[Número de refeições fornecidas diariamente por tipo durante o período de contrato].**

Exemplos de Dietas Modificadas: Dieta Leve; Dieta Líquida; Dieta Hiper; Dieta Hipo; Dieta Diabética. Orientamos que sejam somadas todas as dietas modificadas por tipo de refeição. Ex. se no Café da Manhã são servidas diariamente 10 Dietas Leves, 10 Dietas Líquidas e 10 Dietas Hiper; o quantitativo total diário de Café da Manhã em dietas modificadas são 30.

- Tipo de refeição fornecida para acompanhantes (quantidade diária):

Dieta Geral **[Ex: Café da Manhã/Desjejum; Almoço; Jantar .**

Quantidade diária de refeições fornecidas por tipo: **[Número de refeições fornecidas diariamente por tipo durante o período de contrato].**

- Tipo de refeição fornecida para funcionários/servidores/empregados (quantidade diária):

Dieta Geral **[Ex: Café da Manhã/Desjejum; Almoço; Lanche; Jantar]**.

Quantidade diária de refeições fornecidas por tipo: **[Número de refeições fornecidas diariamente por tipo durante o período de contrato]**.

Responsável(eis) pela Expedição:

- **[Nome completo e função do responsável pela expedição e assinatura física ou autenticação eletrônica]**

Nota: Este modelo deve ser adaptado conforme as informações reais de cada contrato ou serviço prestado e que devem ter sido informadas ao CRN-3, durante o período contratual e respectiva prestação de serviços e respeitando os requisitos estabelecidos pela **Resolução CFN nº 703/2021**.