



FICHA DE REGISTRO/CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA

| | | | |
|--|------------|----------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> REGISTRO | UF: | DATA | USO INTERNO DO CRN-8 |
| <input type="checkbox"/> CADASTRO | | ____/____/____ | Nº DO PROCESSO: _____ |

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL: _____

NOME FANTASIA: _____

CNPJ : _____

ENDEREÇO: _____
(logradouro, número, sala)

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ E-MAIL: _____ SITE: _____

TELEFONE(S): (____) _____ FAX: (____) _____

II – NATUREZA DA PESSOA JURÍDICA

Sociedade Anônima Sociedade por Cotas de Responsabilidade Limitada Empresa individual Cooperativa

Órgão Público Associação Autarquia Fundação Outros (especificar): _____

III - TIPO DE ATIVIDADE :

Registro

- Fabricação de alimentos destinados ao consumo humano:
() para fins especiais;
() com alegações de propriedades funcionais ou de saúde
- Concessionária de alimentação;
- Restaurante Comercial;
- Produção de preparações, refeições ou dietas especiais;
- Prestação de serviços de informações de nutrição e dietética ao consumidor:
() atendimento nutricional
() orientação dietética
() importação, distribuição ou comercialização de alimentos para fins especiais ou alimentos com alegações de propriedades funcionais ou de saúde
- Auditoria, consultoria, assessoria ou planejamento (inclusive as cooperativas);
- Composição e comercialização de cestas básicas de alimentos;
- Fornecimento de alimentação por meio de credenciamento de terceiros (Refeição-Convênio);
- Outro (identificar): _____

Cadastro

- Utilidade pública, sem finalidade lucrativa;
- Serviço de alimentação para empregados, associados e dependentes;
- Escola, creche, centro de educação infantil;
- Instituição geriátrica, hotel, casa de repouso ou similar para a terceira idade;
- Hospital ou instituição similar;
- Centro de atenção multidisciplinar em saúde (inclusive “SPA”);
- Atendimento domiciliar (*home care*);
- Clínica ou centro de recuperação de dependentes químicos;
- Serviço Municipal, Estadual, Federal de alimentação escolar (ensino infantil e fundamental);
- Serviço Municipal, Estadual, Federal de Saúde
- Serviço de diálise;
- Outro (identificar): _____

IV – IDENTIFICAÇÃO DO(A) REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA

NOME: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____



V – EMISSÃO DE DOCUMENTOS PELO CRN-8 (com ônus)

- Certidão de Registro e Quitação (para pessoas jurídicas registradas)
 Certidão de Cadastro (para pessoas jurídicas cadastradas)

USO EM CASO DE REGISTRO

A presente Pessoa Jurídica vem requerer o registro neste Regional, conforme Resolução CFN vigente.

V – DADOS ADICIONAIS DA PESSOA JURÍDICA

- A) OPTANTE PELO “SIMPLES NACIONAL”: SIM (apresentar comprovante da Receita Federal) NÃO
- B) EMPRESA INDIVIDUAL: SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) NÃO
- C) MICROEMPRESA - ME: SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) NÃO
- D) EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP: SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) NÃO
- E) MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL - MEI: SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) NÃO
- F) TIPO DE ESTABELECIMENTO: MATRIZ FILIAL/REPRESENTAÇÃO

EM CASO DE FILIAL INFORMAR LOCALIDADE DA MATRIZ:

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

Endereço de filiais e/ou outros meios de Representação:

Endereço de filiais e/ou outros meios de Representação:

Endereço de filiais e/ou outros meios de Representação:

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____
LOCAL DATA

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA