

02- REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA: REGISTRO / CADASTRO

Res. CFN nº 378/2005

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA: MATRIZ / FILIAL / REPRESENTAÇÃO

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Site:

E-mail:

DDD:

Fone 1:

Fone 2:

Celular:

II – IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROPRIETÁRIO(S) / RESPONSÁVEL(IS) LEGAL(IS)

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

III – NATUREZA DA PESSOA JURÍDICA

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sociedade Anônima | <input type="checkbox"/> Órgão Público | <input type="checkbox"/> Associação | <input type="checkbox"/> Fundação |
| <input type="checkbox"/> Sociedade por Cotas de Responsabilidade Limitada | <input type="checkbox"/> Autarquia | <input type="checkbox"/> Cooperativa | |
| <input type="checkbox"/> Empresa individual | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): | | |

IV - TIPO DE ATIVIDADE**a) Registro (com ônus)**

- 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):

b) Cadastro (sem ônus)

- Utilidade pública, sem finalidade lucrativa;
- Serviço de alimentação para empregados, associados e dependentes;
- Escola, creche, centro de recreação 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 de diálise;
- Outro (identificar):

V – DADOS ADICIONAIS (uso em caso de registro) Optante Pelo "Simples Nacional"[\(apresentar comprovante da Receita Federal\)](#) Microempresa

(apresentar comprovante da Junta Comercial)

 Empresa de Pequeno Porte - EPP

(apresentar comprovante da Junta Comercial)

 Empreendedor Individual

(apresentar comprovante da Junta Comercial)

Em caso de existência de Filiais e/ou outros meios de Representação da Pessoa Jurídica na Jurisdição do CRN-1, informar a quantidade em cada unidade da federação:

Distrito Federal: _____ Goiás: _____ Mato Grosso: _____ Tocantins: _____

 Solicito serviço postal para envio da documentação, na opção: Carta Registrada Sedex Sedex10**VI - REQUERENTE**

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas e solicito o deferimento.

Assinatura do(a) Representante Legal da Pessoa Jurídica

CPF: _____

VII - PROTOCOLO (exclusivo do CRN-1)

UF: _____ Nº _____

Data: ____/____/____

Funcionário CRN/1