



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 6ª REGIÃO

PE - AL - PB - RN - CE - PI - MA

**FICHA DE REGISTRO/CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA**

<input type="checkbox"/> REGISTRO	UF: _____	DATA ____/____/____	USO INTERNO DO CRN-6
<input type="checkbox"/> CADASTRO			Nº DO PROCESSO: _____

**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
(Rua/Av, número, sala)

BAIRRO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ SITE: \_\_\_\_\_

TELEFONE(S): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**II - TIPO DE ATIVIDADE:**

**Registro (com ônus)**

- Fabricação de alimentos para consumo humano;
- Exploração de serviços de alimentação;  
(concessionária de alimentação)
- Restaurante Comercial e similar;
- Produção de preparações, refeições ou dietas especiais;
- Importação, distribuição ou comercialização de alimentos para consumo humano;
- Auditoria, consultoria, assessoria ou planejamento nas áreas de alimentação e nutrição;
- Composição e comercialização de cestas básicas de alimentos;
- Fornecimento de alimentação por meio de credenciamento de terceiros (Refeição-Convênio);
- Outro (identificar): \_\_\_\_\_

**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
- Atendimento domiciliar (*home care*);
- Clínica ou centro de recuperação de dependentes químicos;
- Serviço de alimentação escolar (Municipal, Estadual, Federal);
- Centro de atendimento clínico ou de qualidade de vida
- Serviço de diálise;
- Outro (identificar): \_\_\_\_\_

**III - IDENTIFICAÇÃO DO(A) REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA**

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

## USO EM CASO DE REGISTRO

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

### IV –DADOS ADICIONAIS DA PESSOA JURÍDICA

A) OPTANTE PELO “SIMPLES NACIONAL”:  SIM (apresentar comprovante da Receita Federal)  NÃO

B) MICROEMPRESA:  SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial)  NÃO

C) MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL – MEI:  SIM (apresentar comprovante da Receita Federal)  NÃO

D) EMPRESA INDIVIDUAL:  SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial)  NÃO

E) EMPRESA DE PEQUENO PORTE:  SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial)  NÃO

F) TIPO DE ESTABELECIMENTO:  MATRIZ  FILIAL/REPRESENTAÇÃO

EM CASO DE REGISTRO DE FILIAL/REPRESENTAÇÃO, INFORMAR LOCALIDADE DA MATRIZ:

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

E) Nº de filiais e/ou outros meios de Representação da Pessoa Jurídica por UF na Jurisdição do CRN-6:

UF: PE	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: AL	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: PB	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: RN	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: CE	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: PI	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:
UF: MA	Nº de filiais e/ou outros meios de Representação:

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA LEGÍVEL DO(A) REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA