



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 1ª REGIÃO

DISTRITO FEDERAL - GOIÁS - MATO GROSSO - TOCANTINS
SCN Qd. 01 - Bloco E - Ed. Central Park - Sala 1.611 - Brasília/DF
CEP 70711-903 - Telefax: (61) 3328-3078 - crn1@crn1.org.br

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

Razão Social			
Nome Fantasia			
Endereço			
Bairro	Município	UF	
CEP	Telefone	E-mail	

2. INSCRIÇÃO E/OU CADASTRO NOS ÓRGÃOS FISCAIS

CNPJ	/		-		Nº Reg. Junta Comercial
Nº Alvará de Funcionamento			Data / Início das Atividades		
Capital Social - MATRIZ R\$			Capital Social - FILIAL R\$		

3. IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROPRIETÁRIO(S) / RESPONSÁVEL(IS)

Nome	CPF
Nome	CPF

4. NATUREZA DA PESSOA JURÍDICA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CONCESSIONÁRIA DE REFEIÇÕES | <input type="checkbox"/> REFEIÇÃO-CONVÊNIO |
| <input type="checkbox"/> RESTAURANTE COMERCIAL | <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA DE ALIMENTOS |
| <input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE BUFFET | <input type="checkbox"/> COMÉRCIO DE ALIMENTOS PARA FINS ESPECIAIS |
| <input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE ROTISSERIA | <input type="checkbox"/> CONSULTORIA EM NUTRIÇÃO |
| <input type="checkbox"/> COMÉRCIO DE CESTAS DE ALIMENTOS | <input type="checkbox"/> CLÍNICA DE NUTRIÇÃO |

5. TIPO E Nº DE REFEIÇÕES SERVIDAS

<input type="checkbox"/> DESJEJUM Nº: _____	<input type="checkbox"/> MERENDA Nº: _____	<input type="checkbox"/> PORÇÕES Nº: _____
<input type="checkbox"/> COLAÇÃO Nº: _____	<input type="checkbox"/> JANTAR Nº: _____	
<input type="checkbox"/> ALMOÇO Nº: _____	<input type="checkbox"/> CEIA Nº: _____	TOTAL REFEIÇÕES/DIA: _____

Senhor(a) Presidente,

A Pessoa Jurídica, acima identificada, considerando o disposto no Art. 15 da Lei nº 6.583, de 20/10/1978 e no Art. 18 do Decreto nº 84.444, de 30/01/1980, vem requerer a Vossa Senhoria se digne deferir o registro neste CRN/1.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura/carimbo do Proprietário ou Representante Legal