



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 3ª REGIÃO (SP/MS)

**FICHA DE REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA**

**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

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

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

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

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

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

TELEFONE(S): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SITE: \_\_\_\_\_

**II - DADOS ADICIONAIS DA PESSOA JURÍDICA**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| OPTANTE PELO "SIMPLES NACIONAL":    | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (apresentar comprovante da Receita Federal) |
| EMPRESA INDIVIDUAL:                 | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) |
| MICROEMPRESA - ME:                  | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) |
| EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP:     | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (apresentar comprovante da Junta Comercial) |
| MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL - MEI: | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM (apresentar Certificado da Condição de MEI) |

**III - ATIVIDADE ECONÔMICA DESENVOLVIDA:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prestação de serviço de alimentação coletiva por concessão (concessionárias de alimentação)                            | <input type="checkbox"/> Fornecimento de cestas de alimentos (empresas inscritas no Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT)     |
| <input type="checkbox"/> Produção de refeições para indivíduos ou coletividades   | <input type="checkbox"/> Prestação de serviço de alimentação coletiva (alimentação-convênio e/ou refeição-convênio), inscritas no PAT |
| <input type="checkbox"/> Produção de dietas especiais e/ou com alegações de propriedades funcionais ou de saúde                                 | <input type="checkbox"/> Prestação de serviço comercial de alimentação (restaurante comercial/similares), exclusivamente              |
| <input type="checkbox"/> Prestação de assistência nutricional e dietoterápica (Consultórios e/ou clínicas de nutrição)                          | <input type="checkbox"/> Distribuição e/ou comercialização de suplementos alimentares   |
| <input type="checkbox"/> Prestação de atendimento nutricional personalizado   | <input type="checkbox"/> Industrialização de alimentos  |
| <input type="checkbox"/> Distribuição e comercialização de dietas enterais  | <input type="checkbox"/> Industrialização de bebidas  |
| <input type="checkbox"/> Prestação de serviços de auditoria, assessoria, consultoria ou planejamento nas áreas de alimentação e nutrição humana | <input type="checkbox"/> Outros: _____  |

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

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

Declaro que, ao efetivar o registro de pessoa jurídica no CRN-3, estou ciente da obrigatoriedade do pagamento de anuidade de pessoa jurídica. Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e data

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