****

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

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO** | **UF: MG** |
| **CADASTRO** | **DATA:**       de       de |

**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: |  |
|  | |
| Nome fantasia: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CNPJ: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Munícipio: |  | 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 (com ônus)** | **Cadastro (sem ônus)** |
| Fabricação de alimentos destinados ao consumo humano:  para fins especiais;  com alegações de propriedade funcionais ou de saúde;  Concessionária de alimentação;  Restaurante comercial;  Produção 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 propriedade funcionais ou de saúde;  Auditoria, consultoria, assessoria ou planejamento (inclusive as cooperativas);  Fornecimento de alimentação por meio de credenciamento de terceiros (Refeição-Convênio);  Outros (identificar): | 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 (inclusiva “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): |

**IV – 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. |
| **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: |
| Nº de Filiais e/ou outros meios de Representação da Pessoa Jurídica na Jurisdição do CRN9-MG: |

Nestes termos, pede deferimento.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | , |  | de |  | de |  |
| (Local) | | |  | (dia) |  | (mês) |  | (ano) |
|  |  |  | | | | | |  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |
|  |  | Assinatura do(a) Representante Legal da Pessoa Jurídica | | | | | |  |