****

|  |
| --- |
| **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/REPRESENTAÇÃOEM 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 |  |