



**CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS
5ª. REGIÃO**

**UF
BA/SE**

**PROTOCOLO CRN-5 nº
DATA DO PROTOCOLO:
FUNCIONÁRIO:**

FICHA DE REGISTRO/CADASTRO DE PESSOA JURÍDICA

- REGISTRO
 CADASTRO

UF: BAHIA
 SERGIPE

- MATRIZ
 FILIAL
 REPRESENTAÇÃO

I - PESSOA JURÍDICA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ / _____ - _____

Situada à: _____

Bairro: _____

Município: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Telefone: _____

Celular: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Site: _____

Capital Social: _____

Inscrição Estadual: _____

Nº JUCEB _____

Data de Registro na JUCEB _____ / _____ / _____

Se filial, Jurisdição da Matriz:

II - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS

Nome: _____	CPF _____
Nome: _____	CPF _____
Nome: _____	CPF _____
Nome: _____	CPF _____
Nome: _____	CPF _____

III - NATUREZA DA PESSOA JURÍDICA

- Sociedade Anônima
 Sociedade por Cotas de Responsabilidade Limitada
 Empresa individual

- Órgão Público
 Autarquia
 Outros (especificar): _____
- Associação
 Cooperativa
 Fundação

IV - TIPO DE ATIVIDADE:

Registro (com ônus)

- Fabricação de alimentos destinados ao consumo humano:
 para fins especiais;
 com alegações de propriedades funcionais ou de saúde
- Concessionária de alimentação;
- Restaurante Comercial;
- Produção de preparações, refeições ou dietas especiais;
- Prestação 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 propriedades funcionais ou de saúde
- Auditoria, consultoria, assessoria ou planejamento (inclusive as cooperativas);
- Composição ou 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 (inclusive "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): _____

	CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS	UF BA/SE	PROTOCOLO CRN-5 nº
	CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS		DATA DO PROTOCOLO:
	5ª. REGIÃO		FUNCIONÁRIO:

V – 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.	
VI - DADOS ADICIONAIS DA PESSOA JURÍDICA	
<input type="checkbox"/> Optante Pelo “Simples Nacional” (apresentar comprovante da Receita Federal) <input type="checkbox"/> Microempresa (apresentar comprovante da Junta Comercial) <input type="checkbox"/> Empresa de Pequeno Porte - EPP (apresentar comprovante da Junta Comercial) <input type="checkbox"/> Empreendedor Individual (apresentar comprovante da Junta Comercial)	
Em caso de existência de Filiais e/ou outros meios de Representação da Pessoa Jurídica na Jurisdição do CRN-5, informar a quantidade em cada unidade da federação:	
BAHIA:	SERGIPE:

Declaramos, para os devidos fins, que todas as informações contidas nos documentos relacionados nos quadros abaixo ou de forma eletrônica enviadas ao CRN 5ª Região são expressão da verdade. Nestes termos pede deferimento.

Local e Data

Assinatura do Representante Legal pela Empresa

CARIMBO CNPJ

DOCUMENTOS APRESENTADOS	
REGISTRO	CADASTRO
<input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DE REGISTRO/CADASTRO	<input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DE REGISTRO/CADASTRO
<input type="checkbox"/> TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RT	<input type="checkbox"/> TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RT
<input type="checkbox"/> DIMENSIONAMENTO DE ACORDO COM ÁREA	<input type="checkbox"/> DIMENSIONAMENTO DE ACORDO COM ÁREA
<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR	<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR
<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE UNIDADES	<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE UNIDADES
<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE REFEIÇÕES TRANSPORTADAS	<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VÍNCULO DO RT E QT
<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VÍNCULO DO RT E QT	<input type="checkbox"/> NADA CONSTA DO RT E DO QT
<input type="checkbox"/> NADA CONSTA DO RT E DO QT	
<input type="checkbox"/> CONTRATO SOCIAL E/OU ALTERAÇÕES	
<input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO	
<input type="checkbox"/> COPIA CNPJ	
<input type="checkbox"/> ALVARA DE FUNCIONAMENTO	

- O Nada Consta deverá ser retirado pelos Nutricionistas e Técnicos em Nutrição no Auto Atendimento do Site
- Só serão aceitos formulários do CRN-5 devidamente preenchidos e assinados.
- Cópias de Vínculos válidas: carteira de Trabalho (páginas da identificação e do registro do vínculo), contrato de trabalho, diário oficial de nomeação e posse, Ficha de funcionário se assinado pelo contratante e contratado, contrato de Cessão de Sala, Termo de Voluntariado devidamente assinado por ambas partes.

	CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª. REGIÃO	UF BA/SE	PROTOCOLO CRN-5 nº DATA DO PROTOCOLO: FUNCIONÁRIO:
---	--	---------------------------	---

(Página para impressão opcional caso queira os documentos abaixo listados)

Solicitamos emissão dos documentos abaixo marcados, temos ciência que qualquer alteração cadastral invalida tais documentos; sendo necessária sua renovação.

- Atestado de Responsabilidade Técnica para fins licitatórios**
- Atestado de Responsabilidade Técnica para Renovação de Alvará Sanitário da Matriz**
- Atestado de Responsabilidade Técnica para Renovação de Alvará Sanitário da Unidade _____**
- Atestado de Responsabilidade Técnica para Renovação de Alvará Sanitário de todas Unidades**
- Certidão de Registro e Quitação – Pessoa Jurídica com Registro Matriz**
- Certidão de Registro e Quitação – Pessoa Jurídica com Registro da Filial _____**
- Certidão de Registro e Quitação – Pessoa Jurídica com Registro de todas as Filiais**
- Certidão de Cadastro – Pessoa Jurídica com Cadastro Matriz**
- Certidão de Cadastro – Pessoa Jurídica com Cadastro da Filial _____**
- Certidão de Cadastro – Pessoa Jurídica com Cadastro de todas as Filiais**
- Acervo Técnico do Nutricionista RT Matriz**
- Acervo Técnico do Nutricionista RT Filial _____**

Local e Data

Assinatura do Representante Legal pela Empresa