



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |1ª| REGIÃO UF | |

REQUERIMENTO PARA CERTIDÃO DE ACERVO TÉCNICO DA PESSOA JURÍDICA

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL		CNPJ:
E-mail:		Telefone:

II- DADOS PARA COMPOSIÇÃO DO ACERVO TÉCNICO:

Para composição do acervo técnico da pessoa jurídica são utilizadas as informações contidas em nossos arquivos por meio de documentos apresentados na renovação anual da Certidão:

Empresa ou Instituição Cliente /Emitente de Atestado		Período da Prestação de Serviços	Tipo de Serviço Prestado	Volume de Produção		
1	Nome:	De :		Quantidade	}	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço: Município: , UF: CNPJ:					
2	Nome:	De :		Quantidade	}	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço: Município: , UF: CNPJ:					
3	Nome:	De :		Quantidade	}	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço: Município: , UF: CNPJ:					
4	Nome:	De :		Quantidade	}	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço: Município: , UF: CNPJ:					

5	Nome:	De :		Quantidade	Por:	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço:					
	Município: _____, UF: _____ CNPJ: _____					
6	Nome:	De :		Quantidade	Por:	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço:					
	Município: _____, UF: _____ CNPJ: _____					
7	Nome:	De :		Quantidade	Por:	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço:					
	Município: _____, UF: _____ CNPJ: _____					
8	Nome:	De :		Quantidade	Por:	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço:					
	Município: _____, UF: _____ CNPJ: _____					
9	Nome:	De :		Quantidade	Por:	<input type="checkbox"/> Dia, <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Período
	Endereço:					
	Município: _____, UF: _____ CNPJ: _____					

Eu, abaixo assinado, declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade, termos em que peço deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente/Representante da Pessoa Jurídica