



Conselho Regional de
Nutricionistas 7ª Região
AC-AP-AM-PA-RO-RR

Protocolo nº ____/____/____

Data: ____/____/____

Funcionário

**REQUERIMENTO PARA AVERBAÇÃO DE ATESTADO DE COMPROVAÇÃO DE
APTIDÃO DE DESEMPENHO DE ATIVIDADES NA ÁREA
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

_____, inscrito no CNPJ:
_____, inscrita no CRN-7 sob o nº _____, vem através deste, requerer a esse CRN
- 7ª Região o registro do(s) Atestado(s) de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividade
fornecida(s) pela(s) empresa(s):

Empresa: _____

Empresa: _____

Empresa: _____

Empresa: _____

Empresa: _____

No caso de participação em Licitação, fica a empresa ciente se vencedora do certame, deverá
comunicar esse resultado ao CRN-7, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

Nestes termos pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Assinatura do Requerente

RELATO (para uso exclusivo do CRN-7)

Situação:

() Deferido

() Apresenta Débitos

() CRQ Vencida

() Indeferido

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Fiscal

Conselho Regional de Nutricionistas 7ª Região

Avenida Generalíssimo Deodoro, 1978 – Cremação – Belém – Pará CEP: 66.040-255

Site: www.crn7.org.br

E-mail da Fiscalização: fiscalizacao@crn7.org.br