



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
(LOCALIZADA NA JURISDIÇÃO DE OUTRO CRN)**

A Empresa _____, inscrito no
CNPJ: _____, inscrita no CRN-7 sob o nº PJ/_____, 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) e averbado pelo CRN- _____:

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:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Apresenta Débitos |
| <input type="checkbox"/> CRQ Vencida | <input type="checkbox"/> Indeferido |

_____, _____ de _____ de _____.
Local e Data

Fiscal