**REQUERIMENTO PARA AVERBAÇÃO DE ATESTADO DE COMPROVAÇÃO DE**

**APTIDÃO DE DESEMPENHO DE ATIVIDADES**

**LOCALIZADA EM JURISDIÇÃO DE OUTRO CRN**

A Pessoa Jurídica RAZÃO SOCIAL inscrito no CNPJ: XXXX, inscrita no CRN-X sob o nº XXXXXX, vem através deste requerer a esse Conselho Regional de Nutricionistas da 7ª Região a averbação do(s) atestado(s) de Comprovação de Aptidão para Desempenho de Atividades fornecido(s) pela(s) empresa(s):

**Empresa**:

**CNPJ**:

**Empresa**:

**CNPJ**:

**Empresa**:

**CNPJ**:

**Empresa**:

**CNPJ**:

**Empresa**:

**CNPJ**:

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

Nestes termos pede deferimento,

CIDADE/ESTADO, DIA de MÊS de ANO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

CPF DO REPRESENTANTE