

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2^a REGIÃO
SETOR DE FISCALIZAÇÃO

FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DE DADOS DE DENÚNCIA

1) DADOS DA PESSOA JURÍDICA DENUNCIADA:

Razão Social:

.....
Nome Fantasia (opcional):

.....
CGC/CNPJ:

.....
Endereço (completo):

.....
Referências de localização (caso o local seja de difícil acesso)

.....
.....
.....
.

2) MOTIVO(S) DA DENÚNCIA: descrever com detalhes os fatos e intercorrências que justifiquem a necessidade de apuração desta denúncia, com base em dados fidedignos:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3) O local em questão possui Nutricionista? () Não () Sim
Se sim, qual o nome?

.....
.....

4) Você já trabalhou na referida empresa? () Não () Sim

5) É a primeira vez que você nos encaminha uma denúncia ? () Não () Sim

- 6) Sua identificação para podermos lhe dar retorno das providências tomadas pelo CRN-2:**

Nome:

.....

Endereço:

.....

Fax / E-mail :

.....

.....

OBS.: excepcionalmente serão aceitas denúncias anônimas contra Pessoas Jurídicas, tendo em vista a nossa preocupação com a saúde da população e a qualidade dos serviços prestados

Data do encaminhamento:/...../.....