

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª 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: ...../...../.....**