



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO DA 2ª REGIÃO

**REQUERIMENTO DE CADASTRO DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA  
COMO PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA:**

Nome Completo : \_\_\_\_\_

CRN-2: \_\_\_\_\_

Endereço do local de atuação como autônomo: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Município/Estado: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Perfil profissional nas redes sociais: \_\_\_\_\_

**II - INFORMAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL:**

2.1. Data de início da atuação como autônomo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2. Carga Horária semanal, quando couber: \_\_\_\_ horas

2.3. Distribuição da carga horária semanal, quando couber:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

**III - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

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

Declaro, para os devidos fins, que todas as informações prestadas ao CRN-\_\_\_\_ são a expressão da verdade e solicito:

cadastro da minha atuação como autônomo

emissão da Certidão de Cadastro do Autônomo (CCA).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do nutricionista