



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 5ª REGIÃO

**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA**

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

CRN-5: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

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

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

**A presente Pessoa Física vem requerer neste Regional, conforme Resolução CFN vigente:**

Emissão da Certidão de Cadastro do Autônomo (CCA) para o local de atuação:

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

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

**Observações:**

Para a emissão da CCA é cobrada taxa. Consultar em resolução vigente do CFN.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do Nutricionista