



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO DA 5ª REGIÃO (BA / SE)

**REQUERIMENTO DE CADASTRO DO NUTRICIONISTA COMO
PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO E PARA EMISSÃO DE
CERTIDÃO DE CADASTRO DO AUTÔNOMO (CCA)**

I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA:

Nome Completo: _____

CRN-5: _____ E-mail: _____

Endereço do local de atuação como autônomo: _____

CEP: _____ Município/Estado: _____

Telefone Comercial: (____) _____ Celular: (____) _____

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-5 são a expressão da verdade e solicito:

Cadastro da minha atuação como autônomo

Emissão da Certidão de Cadastro do Autônomo (CCA).

_____, ____ de _____ de _____.
Local Data

Assinatura por extenso do Nutricionista