

## CADASTRO – BUSCA NUTRI

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRN Nº: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Tipo de estabelecimento: ( ) Consultório Particular ( ) Consultório Multiprofissional  
( ) Clínica ( ) Academia ( ) Home Care ( ) Personal Diet ( ) Outros \_\_\_\_\_

Nome do estabelecimento: \_\_\_\_\_

Endereço profissional: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email profissional: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

Público atendido: ( ) Crianças ( ) Adolescentes ( ) Adultos ( ) Idoso ( ) Gestante  
( ) Atletas ( ) Outros \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Convênios: \_\_\_\_\_

Autorizações: ( ) Declaro estar inscrito e em dia com minhas obrigações junto ao CRN-10 e que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

( ) Autorizo o CRN-10 a divulgar meus contatos em seu website para pessoas ou empresas interessadas em atendimento nutricional.

( ) Declaro que a atualização periódica dos dados acima é de minha responsabilidade, devendo ser comunicada ao CRN-10 sempre que houver alteração de dados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional