



Conselho Regional de Nutrição
Décima Região

Instruções para solicitar a inscrição Secundária (Resolução 786/2024)

O profissional inscrito no CRN de determinada jurisdição e que pretenda exercer atividades na modalidade presencial em jurisdição de outro CRN, por prazo superior a 90 (noventa) dias consecutivos, ou intercalados no mesmo ano civil, ficará obrigado a requerer sua inscrição secundária, junto ao CRN em que irá atuar.

A inscrição secundária apresentará validade igual à inscrição originária do profissional, ou seja, para inscrições definitivas por período indeterminado e para inscrições provisórias, o prazo de validade da provisória.

Haverá **cobrança de anuidade referente à inscrição secundária.**

A inscrição secundária permite atuar em locais em que a atividade não requer Responsabilidade Técnica (RT), exemplos: atendimento clínico em consultórios e academias, consultoria, docência etc., poderá solicitar a inscrição secundária e manter a inscrição originária.

Se reside em Santa Catarina e sua principal atividade for neste Estado é necessário solicitar a transferência da inscrição.

Se as atividades que irá exercer em Santa Catarina forem compatíveis com a inscrição secundária, você deverá repassar as informações abaixo para o e-mail: **peessoafisica02@crn10.org.br**. Após o recebermos as informações solicitadas e analisá-las, será enviada a relação de documentos necessários para a inscrição. Caso não seja possível a inscrição secundária, vamos informar sobre a necessidade de solicitar a transferência da inscrição para este Regional, pois tudo dependerá da atividade que irá exercer.

NOME COMPLETO:

Nº CPF sem os pontos:

ENDEREÇO:

Nº DA RESIDÊNCIA/PRÉDIO/APTO:

CIDADE:

CEP:

TELEFONES P/ CONTATO COM DDD:

E-MAIL:

R. Felipe Schmidt, 321, salas 1101, 1102 e 1104 – Centro – Florianópolis/SC – CEP: 88010-000
Fone: (48) 3222-1967 – e-mail: peessoafisica@crn10.org.br ou peessoafisica02@crn10.org.br -
www.crn10.org.br



Conselho Regional de Nutrição
Décima Região

QUAL SERÁ SUA ATIVIDADE EM SC:

NOME DA EMPRESA/CLÍNICA QUE VAI TRABALHAR:

POSSUI TRABALHO NA JURISDIÇÃO DO CRN ORIGINÁRIO?

SE SIM, INFORMAR NOME DA EMPRESA?

QUAL ATIVIDADE?

POSSUI RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)?

QUAL A CARGA HORÁRIA?