



CRM-MA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENVIO DE DOCUMENTOS VIA CORREIOS

EU, SR(A) _____ CRM _____ ,

AUTORIZO O ENVIO DOS MEUS DOCUMENTOS — ESPECIFICADOS NO FINAL DESTE FORMULÁRIO — ATRAVÉS DA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS, PARA O **CONSELHO DE MEDICINA** ESPECIFICADO NA LINHA A SEGUIR (SEDE OU DELEGACIAS REGIONAIS NO INTERIOR DO ESTADO):

FICA AQUI REGISTRADO, QUE ME RESPONSABILIZO POR POSSÍVEL EXTRAVIO OU DANOS CAUSADOS PELA EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E/OU SEUS PREPOSTOS, QUE VENHAM A OCORRER COM OS DOCUMENTOS ORA SOLICITADOS PARA ENVIO, ISENTANDO EXPRESSAMENTE O CRM-MA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE.

- CARTEIRA PROFISSIONAL MÉDICA (LIVRETO VERDE)
- CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA (CARTÃO DIGITAL)
- DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, ORIGINAL
- OUTROS: _____

Data: ____/____/____.

Assinatura

NÃO FAZEMOS ENVIOS PARA ENDEREÇOS RESIDENCIAIS