



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 PLÁSTICO)

DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, ORIGINAL

OUTROS: _____

Data: ____ ____ ____.

Assinatura

Caso não possua assinatura digital, o documento deverá ser impresso e assinado manualmente.

NÃO FAZEMOS ENVIOS PARA ENDEREÇOS RESIDENCIAIS