



**CREMERJ**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENVIO DE DOCUMENTO(S) POR CORREIO**

Eu \_\_\_\_\_, CRM nº 52- \_\_\_\_\_ solicito o envio do (s) meu(s) documento(s) para o Conselho do Estado \_\_\_\_\_.

Estou ciente que o envio do(s) documento(s) abaixo assinalados, será através da empresa Brasileira de Correios, via SEDEX.

Fica aqui registrado que me responsabilizo por possível extravio ou danos causados pela empresa Brasileira de Correios e/ ou seus prepostos, isentando expressamente o CREMERJ de qualquer responsabilidade.

- DIPLOMA ORIGINAL
- CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO (CAPA VERDE)
- CERTIFICADO DE ESPECIALISTA
- OUTROS

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura