TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENVIO DE DOCUMENTO(S) POR CORREIOS

Eu _____, CRM n° 52-_____ solicito que, após os trâmites administrativos pertinentes, meu(s) documento(s) sejam devolvido(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.

Eu me responsabilizo caso haja eventual extravio e/ou danos causados pela empresa Brasileira de Correios ou prepostos, isentando expressamente o CREMERJ de qualquer responsabilidade.

- ☐ DIPLOMA ORIGINAL
- ☐ CERTIFICADO DE ESPECIALISTA
- ☐ CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO (CAPA VERDE)
- ☐ CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA DIGITAL (CIM DIGITAL)
- ☐ OUTROS: _____

_____

Local e data

_____

Assinatura