

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS

EU, DR (A) _____ MÉDICO (A)
INSCRITO (A) NO CRM-SC SOB O N° _____, AUTORIZO O (A) SENHOR
(A) _____ N° RG
_____ A RETIRAR OS DOCUMENTOS ABAIXO, RETIDOS
NO CRM-SC:

- DIPLOMA ORIGINAL
- CARTEIRA PROFISSIONAL MÉDICA (TIPO LIVRO)
- CÉDULA DE IDENTIDADE MÉDICA (CARTÃO DIGITAL)
- CERTIFICADO RQE _____
- OUTROS: _____
- OUTROS: _____
- OUTROS: _____

Local e Data

Assinatura

OBS.: A PESSOA AUTORIZADA A RETIRAR OS DOCUMENTOS DEVERÁ APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO (CÓPIA SIMPLES E ORIGINAL)