



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
ENVIO DE DOCUMENTOS PELOS CORREIOS**

Eu Dr(a) _____ CRM SC _____, solicito o envio de meus documentos (abaixo assinalados), através da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, via SEDEX, com Aviso de Recebimento. Os documentos devem ser encaminhados com destino ao CRM do Estado de _____.

- Diploma Original
- Carteira Profissional Médica (tipo livro)
- Cédula de Identidade Médica (cartão digital)
- outros: _____
- outros: _____

Fica aqui registrado, que me responsabilizo por possíveis danos ou extravios causados pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos e/ou seus prepostos, que venham ocorrer com os documentos ora solicitados para envio, isentando o CRM-SC de qualquer responsabilidade.

Florianópolis, _____

Assinatura