



**CRM-MT**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO



## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENVIO DE DOCUMENTOS POR CORREIO

Eu Dr(a) \_\_\_\_\_ inscrição n° \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, solicito o envio de meus documentos abaixo assinalados, através da  
empresa brasileira de correios, na forma de correspondência registrada, para  
endereço abaixo descrito:

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ - Bairro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

**Fica aqui registrado, que me responsabilizo por possível extravio ou danos causados pela empresa brasileira de correios e/ou seus prepostos que venham ocorrer com os documentos ora solicitados para o envio, isentando expressamente o crm-mt de qualquer responsabilidade.**

- Diploma de conclusão de curso – medicina (original)
- Carteira Profissional Médica (tipo livro)
- Cédula de Identidade Médica
- Certificado de Especialista (emitido pelo CRM)
- Título AMB (original)
- Certificado de Residência (original)
- Outros: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**