



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
Senhor Presidente da Comissão Eleitoral

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Declaro, pelo presente Termo, que CONCORDO com a inclusão do meu nome como **Membro Suplente**, na Chapa _____,

para concorrer às Eleições para o Corpo de Conselheiros do Conselho Federal de Medicina - CFM, no quinquênio de 2019-2024, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.182/2018.

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019.

Assinatura