



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

MODELO 1-B

AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS
SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

Declaro, pelo presente Termo, que CONCORDO com a inclusão do meu nome como Membro Efetivo, na Chapa _____, para concorrer às Eleições para o Corpo de Conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas – CREMAM, no quinquênio de 2018-2023, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.161/2017.

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

Manaus, ____ de _____ de 2018.

[ASSINATURA]



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMAM
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS

MODELO 2-B

AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS
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 Regional de Medicina do Estado do Amazonas- CREMAM, no quinquênio de 2018-2023, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.161/2017.

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

Manaus, ____ de _____ de 2018.

[ASSINATURA]