



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

TERMO DE AQUIESCÊNCIASUPLENTE

Eu,Dr.(a) _____CRM/MTnº_____,nos termos do inciso II do artigo 10º da Resolução CFM nº 2.182/2018, DECLARO que aceito a indicação e o registro do meu nome como candidato a membro suplente do CRM-MT na eleição que será realizada nos dias 27 e 28 de agosto de 2019, para a gestão 2019/2024.

Para fins de contato e localização apresento meus dados abaixo:

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av, Al,etc):

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
Fone Residencial:	Celular:	e-mail:	

ENDEREÇO

Logradouro (Rua, Av, Al,etc):

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF
Fone Comercial:	Celular:	e-mail:	

_____de2019.

(Assinatura)