



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CHAPA

A(o) Presidente da CRE,

NOME DA CHAPA:

Nome:
CRM () (Primeiro Nome) , candidato(a) a conselheiro(a) titular do Conselho Federal de Medicina,
RG: , CPF: ,
Assinatura (GOV.BR ou ICP-BRASIL):

Nome:
CRM () (Primeiro Nome) , candidato(a) a conselheiro(a) suplente do Conselho Federal de Medicina,
RG: , CPF: ,
Assinatura (GOV.BR ou ICP-BRASIL):

Declaramos que aceitamos a conferência dos nossos dados e informações pessoais pela(s) chapa(s) opositora(s).

E-mail da chapa:
Whatsapp da chapa:

Nome, CRM e número de celular do representante da chapa:
Nome:
CRM: ()
Celular:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Nome, CRM e número de celular do representante substituto da chapa:

Nome:

CRM: ()

Celular: