

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CHAPA

Nós, os médicos abaixo listados, com os nossos respectivos números de registros no Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC e dados de identificação, vimos requerer à esta Comissão Eleitoral, designada pela Diretoria Clínica do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, O **Registro de Candidatura de Chapa** para concorrermos na próxima **Eleição da Comissão de Ética Médica do HGF**, instituição onde exercemos nossas atividades, que será realizada em 27 de novembro de 2018, das 09:00h às 17:00h, no hall do Auditório Principal, à R. Ávila Goulart, 900 – Papicu | Fortaleza | CE - CEP 60.175-295, mediante entrega de **Certidão de Elegibilidade e Quitação** emitida(s) pelo CREMEC, e por nosso próprio testemunho neste requerimento, no qual nos declaramos desimpedidos funcionalmente para concorrer no pleito, e também vimos designar um REPRESENTANTE para acompanhar os trabalhos da comissão Eleitoral e fiscalizar o processo de eleição, conforme os critérios estabelecidos pela Resolução CFM n.º 2.152/2016.

Fortaleza, ____ de _____ de 2018.

CHAPA			
TITULAR (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
TITULAR (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
TITULAR (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
TITULAR (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
TITULAR (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
SUPLENTE (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
SUPLENTE (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
SUPLENTE (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
SUPLENTE (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
SUPLENTE (NOME COMPLETO)	CRM:	CPF:	RG
	ASSINATURA:		
REPRESENTAÇÃO DA CHAPA			
DADOS DO REPRESENTANTE	CPF:		RG
	NOME:		

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO: Data: ____ / ____ / ____

Secretaria das Clínicas: _____