

**TERMO DE ANUÊNCIA - DIRETORIA**

Por meio deste instrumento, concedo anuência à inclusão do meu nome na Chapa \_\_\_\_\_, que tem como candidato(a) a Presidente \_\_\_\_\_, que concorrerá à eleição realizada em 2020 para a Diretoria da Associação Médica Brasileira, triênio 2021/2023.

**Nome Completo e Legível:** \_\_\_\_\_

**Cargo na chapa:** \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço Res.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

apto. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço Com.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

apto. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefones: Residencial: ( ) \_\_\_\_\_

Celulares: ( ) \_\_\_\_\_ e ( ) \_\_\_\_\_

Consultórios: ( ) \_\_\_\_\_ e ( ) \_\_\_\_\_

Emails: \_\_\_\_\_

Título de especialista em: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Cidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
(com firma reconhecida por semelhança em cartório)

*Obs.: Este formulário deve estar acompanhado de declaração de data de inscrição do associado na AMB e comprovante de quitação/adimplência.*