



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
Coordenação das Comissões de Ética Médica

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

O(A)abaixo-assinado(a) _____
inscrito(a) no CRM-DF sob o nº _____ requer, de acordo com a Resolução
CRM-DF nº 249/06, sua inscrição como candidato a eleição de membros da
**Comissão de Ética Médica do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA -
HRSM**, que será realizada no dia ____ de _____ de 20__.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato (a)



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
Coordenação das Comissões de Ética Médica

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

O(A)abaixo-assinado(a) _____
inscrito(a) no CRM-DF sob o nº _____ requer, de acordo com a Resolução
CRM-DF nº 249/06, sua inscrição como candidato a eleição de membros da
**Comissão de Ética Médica do HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA -
HRSM**, que será realizada no dia ____ de _____ de 20__.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato (a)