



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CRM-MA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA À VOTAÇÃO

NOME:

CPF: CRM-MA n°: RG n°:

Possui inscrição ativa em outro conselho de medicina, além do CRM-MA: SIM NÃO

Data de da votação: 25 / AGO / 2014

Motivo da Ausência:
Problemas de Saúde Viagem
Outros:

Citar comprovante anexado ao formulário de justificativa de ausência à votação:
Ticket de passagem Recibo de hotel Nota fiscal de serviços
Certificado do Congresso Atestado ou outro documento Médico Nenhum
Outros:

DESCREVA, COM O MÁXIMO DE DETALHES POSSÍVEL, O MOTIVO DE SUA AUSÊNCIA À VOTAÇÃO.

Área reservada para a descrição detalhada do motivo da ausência à votação.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
-------	------	------------