



**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.**

LOCAL

DATA

ASSINATURA

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão**

Rua Carutapera, Qd 37/B, nº 02, Jardim Renascença-Cep: 65.075-690 São Luís/Ma

Fone: (98) 3227-7065 /3227-7206

[http:// www.crmma.org.br/](http://www.crmma.org.br/) - E-mail: [secretaria@crmma.org.br](mailto:secretaria@crmma.org.br)