**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua dos Timbiras, Nº 1.200 – CEP 30140-064 – Boa Viagem - Belo Horizonte/MG

**REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO DE ELEIÇÃO**

À Presidente da Comissão de Coordenação das Comissões de Ética Médica e Diretoria Clínica dos Estabelecimentos de Saúde do CRMMG

Conforme disposto nas Resoluções CFM 2147/2016 e 2152/2016 e RP CRMMG 317/2009, informamos que foi realizada a ELEIÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA/COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, mediante votação direta e secreta, em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade e requeremos sua homologação **anexando os seguintes documentos**:

1. Requerimento com resumo da composição da Diretoria Clínica e Comissão de Ética;
2. Cópia do edital de convocação das eleições;
3. Cópia das declarações de aquiescência dos candidatos eleitos;
4. Cópia da certidão negativa ético-profissional e quitação dos candidatos eleitos;
5. Cópia da ata de eleição;
6. Cópia da lista de votantes dos membros do corpo clínico.

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO:**       | **REG. CRMMG. Nº:** |
| **CIDADE:** | **CNPJ Nº:** |

|  |
| --- |
| **DATA DO EDITAL:** **/****/****DATA DA ELEIÇÃO:** **/****/** |

|  |
| --- |
| **MANDATO:** **/****/****A** **/****/** |

**DIRETORIA CLÍNICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRETOR(A) CLÍNICO(A) Dr.(A):** | **CRMMG:** |
| **VICE-DIRETOR(A) CLÍNICO(A) Dr.(A):** | **CRMMG:** |
| **DIRETOR(A) TÉCNICO(A) Dr.(A):** | **CRMMG:** |

**COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA**

**MEMBROS EFETIVOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESIDENTE Dr.(A):**  | **CRMMG:** |
| **SECRETÁRIO(A)Dr.(A):** | **CRMMG:** |
| **MEMBRO Dr.(A):** | **CRMMG:** |

**MEMBROS SUPLENTES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dr.(A):** | **CRMMG:** |
| **Dr.(A):** | **CRMMG:** |
| **Dr.(A):** | **CRMMG:** |

\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,       de      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20     .

DIRETOR(A) CLÍNICO(A) ELEITO(A) CRMMG: PRES. COMISSÃO DE ÉTICA ELEITO(A) CRMMG: