**TERMO DE AQUIESCÊNCIA**

NOME DO CANDIDATO, NACIONALIDADE, ESTADO CIVIL, médico, CPF XXX.XXX.XXX-XX, CRM/MS nº XXXX, domiciliado em XXXXX, com endereço na XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, firma o presente termo de aquiescência, conforme exigência da Resolução CFM 2.315/2022, para declarar a plena aquiescência quanto à candidatura à Conselheiro Federal efetivo junto ao CFM.

Campo Grande, xxxxxxxxxxx de 2023.

**NOME DO CANDIDATO ASSINADO**