

Ao Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho Regional de Odontologia de
Mato Grosso do Sul – CRO/MS
Dr. Herberto Cristovam Dias Gomes

NESTA

Senhor Presidente,

Eu, _____, inscrito (a)
nesse Conselho sob o nº CRO/MS _____, encaminho a Vossa Senhoria
envelope lacrado contendo o **VOTO POR CORRESPONDÊNCIA**, referente ao
2º Turno da Eleição para o Quadro de Conselheiros Efetivos e Suplentes desse
Conselho Regional de Odontologia, para o biênio 2017/2019, tendo em vista
que não estarei presente em nenhuma das sedes de votação.

Estou ciente que, para o exercício do direito ao voto, devo estar em dia com a
Tesouraria desse Conselho incluindo a anuidade de 2017.

Atenciosamente,

_____, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) Cirurgião (ã) - Dentista

CRO/MS nº _____

OBRIGATÓRIA A ASSINATURA E RECONHECIMENTO DE FIRMA*

*Em atendimento à decisão em sede de liminar nos autos do Mandado de
Segurança nº 0006359-90.2017.403.6000 em que foi deferido parcialmente o
pedido de liminar quanto à exigência do envio do voto por correspondência através
de ofício com firma reconhecida.