

Ao Conselho Regional de Odontologia do CEARÁ

_____ inscrito(a)
nesse Conselho sob o nº _____, estando em município onde não haverá mesa
eleitoral, encaminha a V.S^a envelope lacrado contendo seu voto, com a identificação de FIM
ELEITORAL para que possa exercer seu direito de votar na eleição marcada para o dia
03.10.2025 para renovação do quadro de dirigentes desse CRO-CE para o biênio
compreendido entre 01.01.2026 a 31.12.2027.

Nestes termos. Pede Deferimento.

_____, ____ de _____ de 2025

ASSINATURA