



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr(a) **KLAYLTON VALE COELHO**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ**, sob o nº. **9713** desde **22/12/2009**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



Esta certidão tem validade até o dia 13/01/2022.

Chave de validação **896479a55f29efb49adb0d14d7562fc3daab4d86**

Emitida eletronicamente via internet em **13/10/2021**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do **CRM-PA**:
<http://www.cremepa.org.br/>