



**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO
PARÁ**
Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **ALESSANDRA DA SILVA MOTA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ**, sob o nº. **16404** desde **06/04/2021**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



Esta certidão tem validade até o dia 12/07/2021.

Chave de validação **b6f391a4d3456f2f4dd4c9ea164dc93890188b92**

Emitida eletronicamente via internet em **12/04/2021**.

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