



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

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **CASSIA NOVIQUE LAVAREDA COSTA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ**, sob o nº. **16865** desde **28/10/2021**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.



Esta certidão tem validade até o dia 15/02/2022.

Chave de validação **f205b52e602e75c173b76c2ac0f2d5509348bf66**

Emitida eletronicamente via internet em **15/11/2021**.

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