



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Certidão de Inscrição

Certificamos, a pedido da parte interessada, que o(a) Dr.(a) **NILO JOÃO CUOGHI MELHORANÇA**, é médico(a) inscrito(a) perante o **Conselho Regional de Medicina do Paraná**, sob o nº. **4839** desde **09/03/1976**, estando habilitado(a) a exercer a medicina neste Estado.

Sem mais para o momento, firmamos o presente.

Esta Certidão tem validade até o dia 27/05/2023.

Chave de validação **eeebb47bbda27feae4e202b8c7da36c2b8ef4ff6**

Emitida eletronicamente via internet em **27/02/2023**.

Sua autenticidade poderá ser confirmada no site do CRM-PR: www.crmpr.org.br