

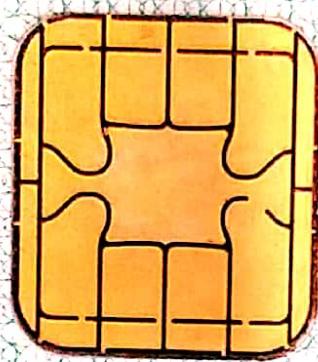
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

HÉRISSON DE MORAES MOUZINHO

CRM /UF
10266/MA



FILIAÇÃO

MARIA DO AMPARO DE MORAES
MOUZINHO
IVALDO SOETRO MOUZINHO

DATA DE INSCRIÇÃO

14/11/2018

VIA

01



ASSINATURA DO PORTADOR

Hérisson de Moraes Mouzinho

CPF

664.446.163-87

TÍTULO DE ELEITOR

00040519861147

DATA DE NASCIMENTO

20/05/1982

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

SÃO LUÍS-MA 21/11/2018

370842

RG / ÓRGÃO EMISOR

0787562971 / SSP-MA

SEÇÃO

0485

ZONA

0004

NATURALIDADE

São Luís-MA

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CARTEIRA DE IDENTIDADE MÉDICA



Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos no documento original

Esse é um arquivo assinado digitalmente pelo Conselho Federal de Medicina
em conformidade com o padrão de Assinatura Digital ICP Brasil. Caso necessite acesse
<https://validar.iti.gov.br> e faça o upload desse documento para aferir a sua conformidade.
Você também pode escanear o Código QR ao lado.



Valid





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA- MA

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO:

Dra. LETÍCIA ALMEIDA ROCHA

Registrado neste CRM sob número 0014819-MA, solicitou, em 11/06/2024, a emissão dos seguintes documentos:

- Carteira de Identidade Médica física e digital(CIM e E-CRM).
- Carteira Profisional Médica física e digital(CPM e E-CPM).

carimbo/assinatura

Recorte aqui _____



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA- MA

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS

COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO:

Dra. LETÍCIA ALMEIDA ROCHA

Estes são os dados que serão impressos nos seguintes documentos:

- Carteira de Identidade Médica física e digital(CIM e E-CRM).
- Carteira Profisional Médica física e digital(CPM e E-CPM).

Cumpre-nos alertá-lo de que, em caso de incorreção dos dados, uma nova emissão de documentos irá lhe gerar custos. Por favor, verifique-os, confirmando com sua assinatura ao final deste formulário.

E-Mail: ROCHALALMEIDA07@HOTMAIL.COM

CRM: 14819 **Nome:** LETÍCIA ALMEIDA ROCHA

Mãe: MARIA APARECIDA ALMEIDA SANTOS ROCHA

Pai: GILSON FERREIRA DOS SANTOS ROCHA

Data de Nascimento: 27/07/1997

Naturalidade: Rondon do Pará - PA

RG: 4459114

Emitido por: PC-PA

CPF: 03148679296

Titulo de Eleitor: 073621081309

Zona: 001

Seção: 0818

Data de Inscrição: 11/06/2024

Data da Formatura: 02/05/2022

Revalidad UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS CIDADE DO RECIFE

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo total responsabilidades por elas.

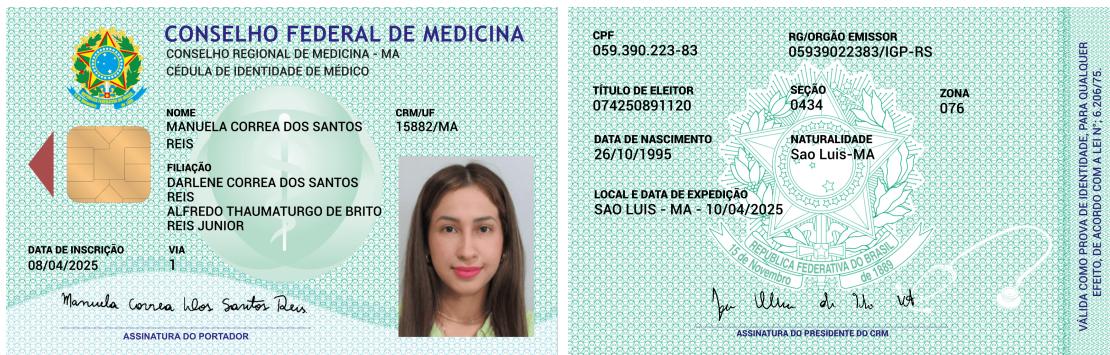
Local/Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CARTEIRA DE IDENTIDADE MÉDICA



Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos no documento original

Esse é um arquivo assinado digitalmente pelo Conselho Federal de Medicina
em conformidade com o padrão de Assinatura Digital ICP Brasil. Caso necessite acesse
<https://validar.iti.gov.br> e faça o upload desse documento para aferir a sua conformidade.
Você também pode escanear o Código QR ao lado.



Valid







CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CARTEIRA DE IDENTIDADE MÉDICA



Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos no documento original

Esse é um arquivo assinado digitalmente pelo Conselho Federal de Medicina
em conformidade com o padrão de Assinatura Digital ICP Brasil. Caso necessite acesse
<https://validar.iti.gov.br> e faça o upload desse documento para aferir a sua conformidade.
Você também pode escanear o Código QR ao lado.



Valid





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

RAIMUNDO NONATO PEREIRA DA
SILVA

CRM/UF
8406/MA

FILIAÇÃO

RAIMUNDA FIRMINA SILVA

ANTONIO LUIS PEREIRA DA SILVA

DATA DE INSCRIÇÃO

22/07/2015

VIA

02



Assinatura do Portador

CPF
571.533.023-87

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
521032 / COMAER-PA

TÍTULO DE ELEITOR
00031351001104

SEÇÃO
0365

ZONA
0010

DATA DE NASCIMENTO
30/11/1976

NATURALIDADE
SÃO LUÍS-MA

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SÃO LUÍS-MA 14/09/2021
518695



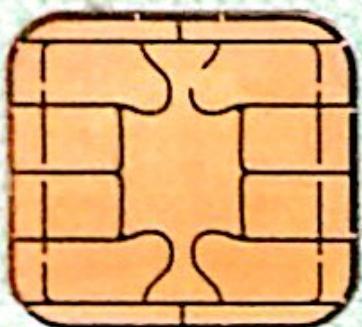
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

**NOME**

CAROLINA RAMOS OLIVEIRA

CRM/UF

14737/MA

FILIAÇÃO

ROSELINE RAMOS DA SILVA DE
OLIVEIRA
CLOVIS RODRIGUES DE OLIVEIRA
FILHO

DATA DE INSCRIÇÃO

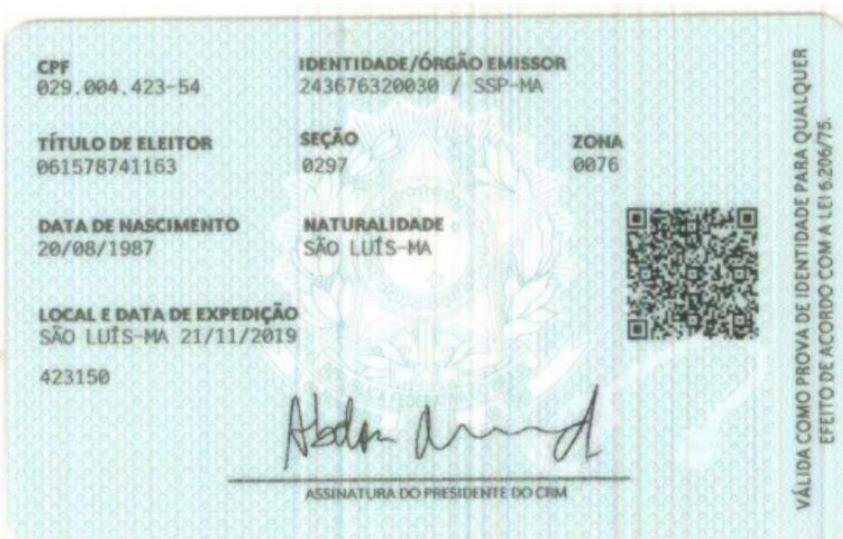
16/05/2024

VIA

01

Carolina Ramos Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR







CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

FERNANDA SOUSA FERREIRA

CRM/UF
15626/MA



FILIAÇÃO

MARIA ANTONIA LEITAO DE SOUSA

JOAO MARTINS FERREIRA

DATA DE INSCRIÇÃO

17/01/2025

VIA

01

Fernanda Sousa Ferreira

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF

941.602.873-87

TÍTULO DE ELEITOR

042292031147

DATA DE NASCIMENTO

08/09/1982

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

SÃO LUÍS-MA 23/01/2025

906956

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
94160287387. / SSP-MA

SEÇÃO

0497

ZONA

010

NATURALIDADE
SÃO LUÍS-MA



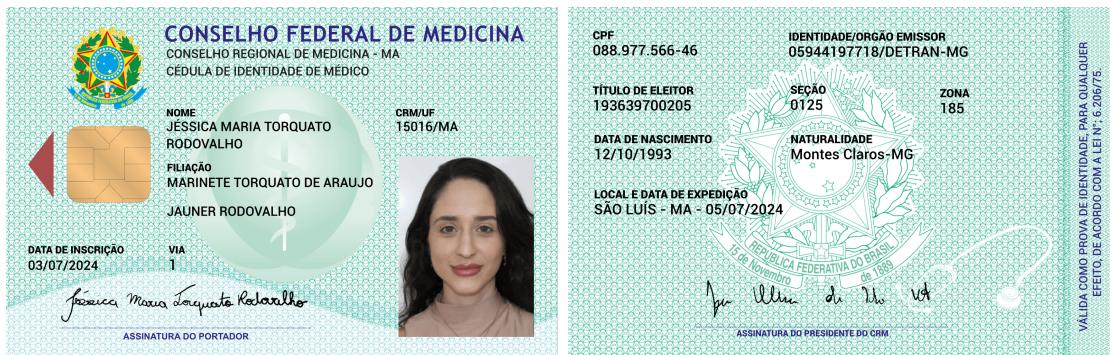
ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.200/75.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CARTEIRA DE IDENTIDADE MÉDICA



Os dados biográficos e biométricos apresentados neste documento estão contidos no documento original

Esse é um arquivo assinado digitalmente pelo Conselho Federal de Medicina
em conformidade com o padrão de Assinatura Digital ICP Brasil. Caso necessite acesse
<https://validar.iti.gov.br> e faça o upload desse documento para aferir a sua conformidade.
Você também pode escanear o Código QR ao lado.



Valid





CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DO MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

**NANDRA RAFÍSIA AROUCHE
FONTOURA**

CRM /UF

008770/MA



FILIAÇÃO

**ANTONIO JOSÉ DE JESUS
FONTOURA
MARIA DA CONCEIÇÃO
CAMPOS AROUCHÉ**

DATA DE INSCRIÇÃO **VIA**

07/06/2016

1

Nandra Rafisia Arouche Fontoura

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
969.128.393-04

TÍTULO DE ELEITOR
00045794511104

DATA DE NASCIMENTO
25/02/1983

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
SÃO LUIS, 16/06/2016

0211240

RG / ÓRGÃO EMISSOR
899067980/SSP-MA

SEÇÃO
0191

ZONA
0076

NATURALIDADE
SÃO LUIS-MA



Abdon Muraol

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME

SUELLEN GUIMARÃES MELO SILVA

CRM /UF

10217/MA



FILIAÇÃO

MARIA DO SOCORRO GUIMARÃES
MELO
RAIMUNDO CHIMENTE MELO



DATA DE INSCRIÇÃO

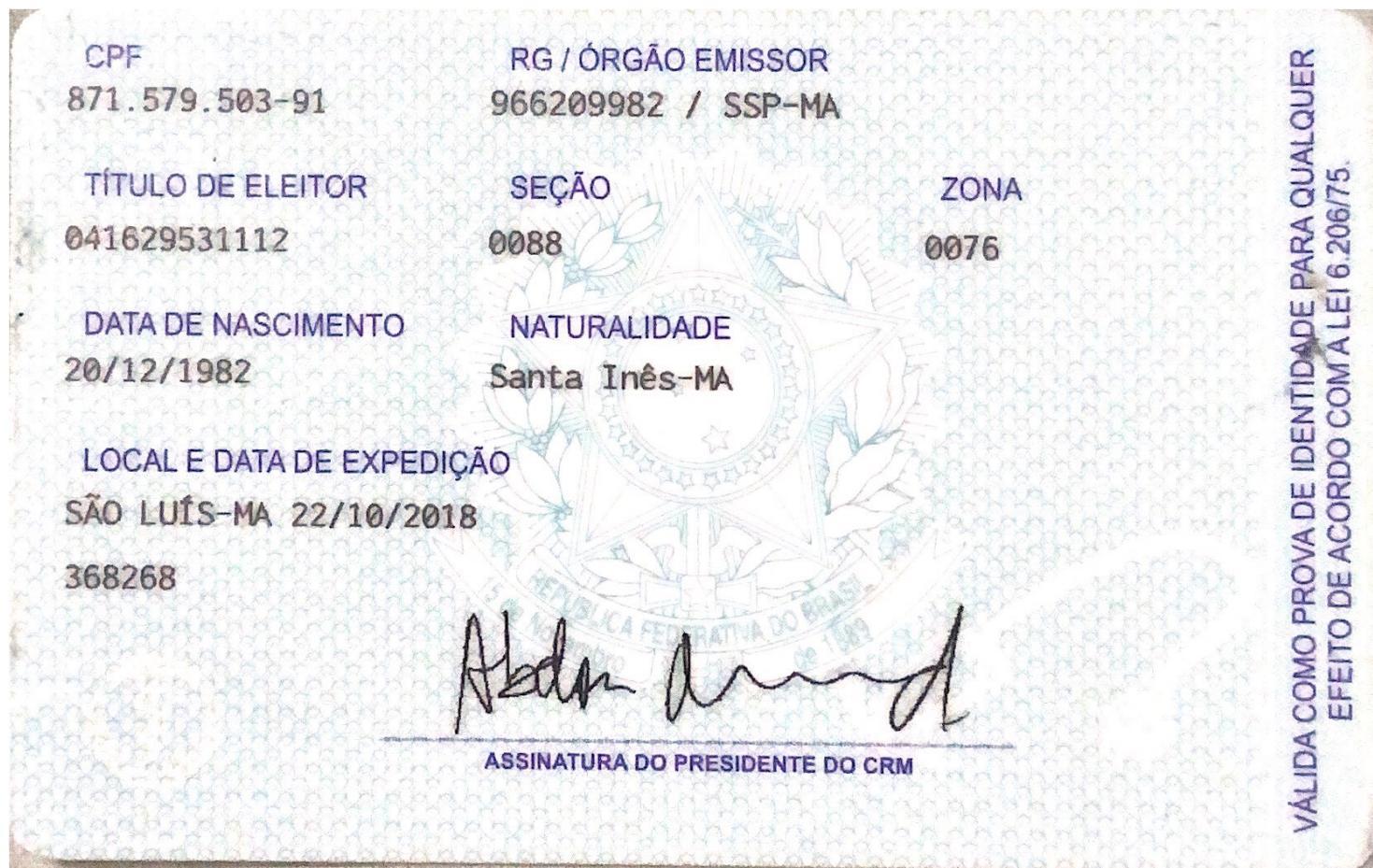
19/10/2018

VIA

01

Suellen G. Melo Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - MARANHÃO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO



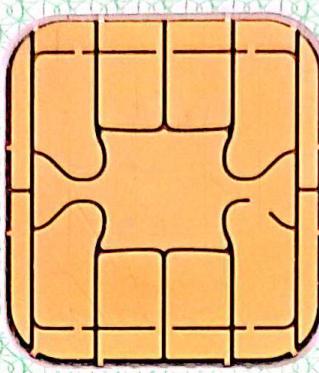
NOME

MARINA DE CARVALHO BARBOSA
MORAES

CRM/UF
9695/MA

FILIAÇÃO

MARIA DO SOCORRO DE CARVALHO
BARBOSA
JOSE DO EGITO FIGUEIREDO
BARBOSA



DATA DE INSCRIÇÃO VIA

16/11/2017 01

Marina de Carvalho Barbosa Moraes

ASSINATURA DO PORTADOR



CPF
972.539.443-72

IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR
2085072 / SSP-PI

TÍTULO DE ELEITOR

00029260401503

SEÇÃO

0368

ZONA

0076

DATA DE NASCIMENTO

11/01/1983

NATURALIDADE

TERESINA-PI

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

SÃO LUÍS-MA 18/04/2023



A handwritten signature in black ink is placed over the QR code.

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM

VÁLIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER
EFEITO DE ACORDO COM A LEI 6.206/75.