

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE ITAGUARU

Avn Camilo Alves De Faria 25, Solon Batista, CEP:76.660-000

(62)3241-5680

Atestado de sanidade físico/mental

Nome do paciente: **TESTE**
Data de nascimento: **10/04/1991** Idade:**34**
Endereço: **RUA 45**
Complemento: **TESTE TRINDAS**
Bairro: **VERA CRUZ**
Cidade: **ITAGUARU**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima, por mim
examinado(a) nesta data, não relata sintomas e nem apresenta
sinais clínicos de doença.

ITAGUARU - GO, 12 de MAIO de 2025

SIGUERO TAIA

CRM GO: 1349

Data/hora de emissão: 12/05/2025 14:12:55