

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE ITAGUARU

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

(62)3241-5680

Atestado médico

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

Data do atendimento: **12/05/2025** Hora do atendimento: **14:13:43**

Diagnóstico(CID-10): **A000**

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) **TESTE** foi atendido(a) na unidade **HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE ITAGUARU** no dia **12/05/2025** às **14:13:43**. Necessitando de 30 dia(s) de repouso.

ITAGUARU - GO, 12 de MAIO de 2025

SIGUERO TAIA
CRM GO: 1349

Data/hora de emissão 12/05/2025 14:13:43