

## HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE ITAGUARU

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

(62)3241-5680

### **Atestado de comparecimento**

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 compareceu  
neste consultório para consulta na data: **12/05/2025**.

ITAGUARU - GO, 12 de MAIO de 2025

-----  
**SIGUERO TAIA**

**CRM GO: 1349**

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