

HOSPITAL MUNICIPAL BENEDITO VAZ MACHADO

Av Benedita Rocha De Lins 57, Centro, CEP:75.375-000
62353-1122

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente abaixo identificado(a) foi atendido(a) neste serviço de saúde, sendo orientado(a) a permanecer afastado(a) de suas atividades laborais por **01 (um) dia**, a partir desta data, por motivo de saúde.

Nome do paciente: **ISRAEL FEITOSA LIMA**
Data de nascimento: **31/05/2007** Idade: **19**
Endereço: **RUA WM02**
Complemento: **QD 04 LT 11**
Bairro: **SAO DOMINGOS**
Cidade: **SANTO ANTONIO DE GOIAS**

CID: J11.1 (Influenza não identificada, com manifestações respiratórias)

Fica o(a) paciente dispensado(a) de suas atividades no dia de hoje, **17/10/2026**, devendo retornar às suas atividades conforme orientação médica.

Dra. Andressa Ribeiro Cardoso
Médica
CRM-GO: 34677



Andressa Ribeiro Cardoso
CRM-GO: 34677

Data/hora de emissão: 17/10/2026 12:07:28