

Paciente: EDIZIO MOREIRA DA SILVA

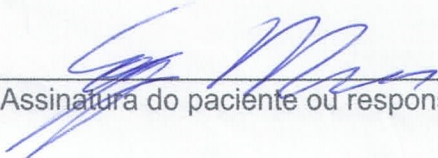
Mãe: ENEDINA MOREIRA DE SOUZA

CPF: 74991159334

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que **EDIZIO MOREIRA DA SILVA** portador(a) do **CPF: 74991159334**, **Mãe: ENEDINA MOREIRA DE SOUZA** foi atendido(a) na **HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA** no dia **04/08/2026** às **14:57**. Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas atividades pelo **CID B34** por um período de **02 dias** a partir desta data.

Cid Preenchido com autorização do paciente


Assinatura do paciente ou responsável

Dr. Samy Lima
Médico
CRM-CE 25705

MARACANAÚ - CE , 04/08/2026

SAMY LIMA CARNEIRO

CRM - CE 25705

MÉDICO CLÍNICO

Impresso em: 04/08/2026 15:03

por: SAMY LIMA CARNEIRO

Pág: 1 de 1