

sdgkhj

adsd | CRM 21212

Endereço não informado | (81) 3421-3765

ATESTADO MÉDICO

Paciente: Paciente Teste da Silva

CPF: 111.222.333-44

Idade: 35 anos

Sexo: Não informado

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente **Paciente Teste da Silva**, portador(a) do CPF nº **111.222.333-44**, esteve sob meus cuidados profissionais na presente data, necessitando de **1 (um) dia(s)** de afastamento de suas atividades laborais/outras, a partir de **28/07/2025**.

Finalidade: 3654

CID-10: A09 - Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível

Emitido em 28 de julho de 2025 às 14:44

Atendimento realizado via telemedicina, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021, Resolução CFM Nº 2.381/2024 e Resolução CFM Nº 2.382/2024.

Documento assinado digitalmente por sdgkhj

A validade deste documento pode ser verificada em www.validadordedocs.com.br

Código de validação do documento: **cmdnedj4j0000v044a34nom75**

