

**Dra. Adelia Gonçalves da Silva**

Clínica Médica  
CRM 55804PR

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos e legais fins, que o(a) paciente **Kayllaine Sthefany Neves da Silva**, inscrito(a) no CPF sob o nº **137.377.179-82**, encontra-se sob meus cuidados profissionais, sendo-lhe necessário o afastamento de suas atividades habituais por um período de **1 (um)** dia(s), a contar de **28/06/2025**.

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

Emitido em 28 de junho de 2025 às 02:55

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 Dra. Adelia Gonçalves da Silva  
A validade deste documento pode ser verificada em [www.validadordedocs.com.br](http://www.validadordedocs.com.br)  
Código de validação do documento: **cmcftueeh0000v0g03hxfgj1m**

