

**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** ({\_durationInWords}) dia(s), a contar de **28/06/2025**.

CID-10: A09

Recife, 28 de junho de 2025 às 02:47.



---

Dra. Adelia Gonçalves da Silva

Código de Validação: cmcftkhu20000v0xwveioeaw1