

ABRAÃO MORENO ROMANO

Clínico Geral
CRM 42343/PR

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 **2 (dois) dia(s)**, a contar de **20/07/2025**.

Finalidade: Afastamento laboral necessário devido a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, requerendo tratamento médico, repouso e hidratação adequada para recuperação completa.

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

Emitido em 20 de Julho de 2025 às 11:23

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 ABRAÃO MORENO ROMANO
A validade deste documento pode ser verificada em www.validadordedocs.com.br
Código de validação do documento: **cmdf0h2oh0000v0asp9vsms0c**

