



Solicitação de Exames

MÉDICO SOLICITANTE

Getulio A

Email: admin@plenya.com

PACIENTE

João da Silva

CPF: 123.123.123-11 Data de Nascimento: 17/08/1988

Exames Solicitados

1. 25-hidroxivitamina D
2. Ácido fólico plasmático

Data: 04/02/2026

Assinatura do Médico Solicitante

Documento não assinado digitalmente



Av. Duque de Caxias, 1371 – Londrina – PR - (43) 99638-0044
www.plenya.com.br - contato@plenya.com.br

Escaneie para validar
este documento