

## SOLICITAÇÃO DE EXAME

**Consultório Dr Philipe Motta Livance**

**Data de emissão:** 29/04/2024

**Endereço:** Rua Visconde de Ouro Preto, 5, Quinto andar, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

**Telefone:** (21) 97094-9154

**Dr(a). PHILIPPE MOTTA DO CARMO**

**CRM:** 1266381 - RJ

**Paciente:** Fernando Antônio Martins de Magalhães

**Sexo:** null

**Idade:** 34

**Endereço:** Rua Gastão Gonçalves, 60, Santa Rosa, Niterói - RJ

Exames

Solicito

1. Hemograma completo
2. Colesterol Total e Frações
3. Triglicérides
4. Hemoglobina Glicada
5. Glicemia de Jejum
6. TSH
7. T4 livre
8. TGO
9. TGP
10. Amilase
11. Coagulograma
12. Ureia
13. Creatinina
14. Sódio
15. Potássio
16. Cloro
17. Dosagem Vitamina B 12
18. Dosagem Vitamina D
19. Testosterona total
20. Testosterona

Solicito para acompanhamento de rotina por conta da conduta medicamentoso do paciente.



### Solicitação de exame

Atestado médico assinado digitalmente por PHILIPPE MOTTA DO CARMO

em 29/04/2024 21:32, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Acesse o documento em: [https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



Código: CFM4iZ3c6Q