



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Eu, _____, CRM _____, autorizo a assinatura digitalizada escolhida abaixo, para ser impressa nos laudos emitidos por mim no uso do Sistema Carestream na Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Estou ciente que a imagem de minha assinatura será atrelada ao meu login, que é pessoal e intransferível e, portanto, identificam minhas ações no sistema.

Fui informado que poderei utilizar uma rubrica diferente da utilizada em documentos pessoais, exclusivamente para me identificar nos laudos médicos que emito nesta instituição.

Assinatura oficial: _____