

Eu Dr. _____, autorizo a realização do exame de () Raio-x simples; () Raio-x contrastado; () Tomografia; () Mamografia; () Ressonância Magnética da paciente _____, conforme pedido em anexo, mesmo a paciente estando gestante ou com suspeita de gestação por considerar que o benefício do exame é superior ao risco da paciente ser submetida a exposição a radiação ionizante (raio-x, mamografia e tomografia computadorizada) ou campo eletromagnético (ressonância magnética).

Campinas, ____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Médico solicitante