

<b>REDE DOR</b>	<b>FORMULÁRIO</b>			
	<b>Vigência</b> 01/04/2026	<b>Revisão</b> 00	<b>Código</b> HSSM.FOR.MKT.001	
<b>Autorização Captação de Imagem</b>				

## AUTORIZAÇÃO CAPTAÇÃO DE IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº \_\_\_\_\_, **SOLICITO** a permissão  
para realizar captação de imagem no (local/setor)  
\_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_,  
para ser utilizada em \_\_\_\_\_ (meio de  
comunicação que a captação será divulgada) da empresa ou particular  
\_\_\_\_\_ (nome da empresa).

**Mediante a aprovação**, a captação/gravação seria agenda para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
das \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hora) às \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hora), e realizada por:

\_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ portador do CPF nº \_\_\_\_\_.

**Informações para contato do solicitante (Telefone/WhatsApp/E-mail):**

\_\_\_\_\_

**Obs.:** Este documento deve ser preenchido, assinado e entregue ao responsável em até **48 horas úteis antes do procedimento**, para devida aprovação com a gerência de marketing, conforme orienta as normativas disponíveis no SISINFO e no link [hospitalproncor.com.br/docs](http://hospitalproncor.com.br/docs).

Campo Grande, \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hora), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura Solicitante

\_\_\_\_\_

Gerência de Marketing