

	FORMULÁRIO			
	Vigência 01/04/2026	Revisão 00	Código HSP.FOR.MKT.001	
Autorização Captação de Imagem				

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.

Campo Grande, ____:____ (hora), ____ de _____ de 20____.

Assinatura Solicitante

Gerência de Marketing