

Cadastro de Usuários da VideoSaúde Distribuidora

1. INSTITUIÇÃO

NOME: _____

END: _____

BAIRRO: _____ CIDADE:: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL.: () _____ FAX: () _____

E-MAIL: _____ HOMEPAGE: _____

CGC/CNPJ : _____ Insc. Est.: _____ Insc. Mun.: _____

Assinalar o(s) campo(s) na(s) qual(quais) se inclui a instituição

a: Órgão Público

() Federal () Estadual

() Municipal

b: Serviços de Saúde

() Público () Privado

() Integra o SUS

c: Associação

() Comunitária () Religiosa

() Profissional () Outras

d: Estabelecimento de Ensino

() 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

() Centro de Estudo/Pesquisa

e: () Instituição Assist. Social

f: () Sindicato

g: () Empresa

2. SOLICITANTE

NOME: _____

CARGO: _____ LOTAÇÃO: _____

END.: _____

BAIRRO: _____ CIDADE:: _____ UF: _____

CEP: _____ TEL.: () _____ CEL: () _____ FAX: () _____

CPF: _____ E-MAIL: _____

3. UTILIZAÇÃO PREVISTA

a: () Educação em Saúde () Treinamento () Apoio Curricular
() Pesquisa () Outras Quais: _____

b: Discussão de Temas: () Sociais () Políticos

4. PÚBLICO ALVO

a: () Profissional de Saúde () Usuários () Associado
b: () Estudante () Funcionário () Diversificado



VideoSaúde
Distribuidora da Fiocruz



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

5. EQUIPAMENTOS

Informar os equipamentos próprios e a respectiva quantidade

a: VÍDEOS: () VHS____() U-MATIC____() BETACAM____() DVD____() DVCAM____
() MINIDV____() CD____() BLU-RAY____() DATA SHOW____

b: TELÃO DE PROJEÇÃO ()____() TV _____

c: OUTROS: () Especifique: _____

6. INSTALAÇÕES

a: () AUDITÓRIO () SALA DE AULA () SALA DE ESPERA

b: () PRÓPRIO () ALUGADO () CEDIDO

c: OUTROS () : Especifique: _____

7. ACERVO PRÓPRIO

a: () possui acervo de produção própria e / ou co-produzidos (S/N)

Especificar o formato e a quantidade de títulos:

() VHS _____ () BETACAM _____ () DVCAM _____

() MINIDV _____ () CD _____

8. TEMÁTICA DO ACERVO DE PROPRIEDADE DA INSTITUIÇÃO

a: () ESPECIALIZADA EM SAÚDE b: () DIVERSIFICADA

c: () ESPECIALIZADA EM OUTRA ÁREA Qual? _____

9. OBTENÇÃO DE VÍDEOS

Informar outros locais onde a instituição obtém vídeos

a: () INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS Quais? _____

b: () ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS Quais? _____

c: () EMISSORAS DE TV () EMBAIXADAS/CONSULADOS () LOCADORAS

_____/_____/_____
Local **Data**

Assinatura do Responsável

Endereço para envio:

Av. Brasil no. 4036 sala 516 – Prédio Expansão do Campus Manguinhos

Cep.: 21040-361 Rio de Janeiro tel.: (55-21) 3882-9109 / 3882-9111 fax: (55-21) 2290-4745



VideoSaúde
Distribuidora da Fiocruz



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz