



Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz  
Casa de Oswaldo Cruz - COC

## FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO NA BIBLIOTECA DE HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS E DA SAÚDE

### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### VÍNCULO

Aluno

Categoria do curso:  Atualização  Especialização  Mestrado  Doutorado

Curso: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Período de vínculo: de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Servidor Matrícula no SIAPE: \_\_\_\_\_

Pesquisador visitante  Estagiário  Bolsista  Terceirizado

Outros Especificar: \_\_\_\_\_

Unidade a que pertence: \_\_\_\_\_

Departamento ou Laboratório: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

OBS. Caso o usuário não seja servidor da **Fiocruz**, o cadastro deve ser assinado e carimbado no espaço determinado pelo funcionário institucional, chefe de departamento, coordenador etc. Concordo com o "Regulamento da BHCS"

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_

Matrícula no SIAPE: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

O cadastro e a carteira do usuário são validos pelo seguinte período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Documentos necessários: Cópia do crachá, carteira funcional ou declaração da Secretária Acadêmica e comprovante de residência.

Informações: Biblioteca de História das Ciências e da Saúde – e-mail: [bibliotecahcs@fiocruz.br](mailto:bibliotecahcs@fiocruz.br)

Avenida Brasil, 4365 – Prédio do Centro de Documentação e História da Saúde – CDHS  
sala 103 e 104 - Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP: 21040-900  
Tel: (21) 2126-3496 - ramais 3401