|  |
| --- |
| 01 - Motivo da Solicitação |
| [ ]  **Certificação Inicial** [ ]  **Extensão** [ ]  **Adequação de Norma** [ ]  **Transferência de Certificação** |
|  |
| 02 - Razão Social do Solicitante |
|  |
|  |
| 03 - Nome Fantasia |  | 04 - CNPJ |
|  |  |  |
|  |
| 05 - Contato |  | 06 - Telefone com DDD |  | 07 - E-mail |
|  |  |  |
|  |
| 08 - Endereço Completo do Solicitante (Endereço, Número, Complemento e Bairro) |
|  |
|  |
| 09 - Cidade (Município) |  | 10 - UF (Estado) |  | 11 - CEP |
|  |  |  |
|  |
| 12 - Razão Social do Fabricante |
|  |
|  |
| 13 - Endereço Completo do Fabricante (Endereço, Número, Complemento e Bairro) |  | 14 - País |
|  |  |  |
|  |
| 15 - Contato no Fabricante |  | 16 - Telefone do Fabricante com DDD |  | 17 - E-mail de Contato no Fabricante |
|  |  |  |
|  |
| 18 - Regulamento ou Norma a ser utilizada no processo de Avaliação da Conformidade |
| Escolher um item. |
|  |
| 19 – Modelo/Sistema de Certificação a ser utilizado no processo de Avaliação da Conformidade |
| Escolher um item. |
|  |
| 20 - Identificação/Descrição do Produto |
|  |
|  |
| 21 - Recebeu consultoria nos últimos 2 anos? |  | 22 - Caso afirmativo, favor indicar o(s) consultor(es) e o período: |
| [ ]  **Sim** [ ]  **Não** |  |  |
|  |
| 23 - Recebeu auditoria interna terceirizada nos últimos 2 anos? |  | 24 - Caso afirmativo, favor indicar o(s) auditor(es) e o período: |
| [ ]  **Sim** [ ]  **Não** |  |  |
|  |
| 25 - No caso de transferência de certificação, indicar o organismo atual |
|  |
|  |
| 26 - Responsável pelas informações |  | 27 - Cargo |
|  |  |  |
|  |
| 28 - Assinatura |  | 29 - Data |
|  |  | **Selecione** |