|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Norma:** | **DSC 10000** | **Data:** |  |
| **I - INFORMAÇÕES DA EMPRESA SOLICITANTE** |
| **Razão Social** |  | **C.N.P.J.** |  |
| **Fantasia** |  | **I.E.** |   |
| **Endereço** |  | **Número** |   | **Complemento** |   |
| **Bairro** |  | **CEP** |   |
| **Contato** |  | **Cidade** |   | **UF** |   |
| **Telefones** |  | **Fone Nota Fiscal** |   |
| **E-mail** |  | **E-Mail NF-e** |  |
| **Obteve consultoria**? |  | **Nome da Consultoria/ Consultor**   |  |
| **Observações:** |   |
| **Representante autorizado da organização** | Nome |   |
| Cargo |   |
| Telefone |   |
| e-mail |   |
| **Confirmo que sou representante autorizado desta organização solicitante e que as informações abaixo são verdadeiras.** |
| **Empresa faz parte de uma corporação maior? Qual?** |   |
| **A organização possui outros locais de trabalho (sites) dentro do escopo da certificação? (Se houver, indique os endereços, atividades realizadas por cada um deles e o número de funcionários por site):** |
| 1-  |
| 2- |
| 3-  |
|  Processos executados pela empresa: Projeto e Desenvolvimento [ ]  Produção [ ]  Serviços [ ]  Distribuição [ ]  Comercialização[ ]   |
| No caso de terceirização, (descrever a atividade) |   |
| **A organização trabalha em regime de turnos? Se “SIM”, preencha os espaços abaixo com as informações correspondentes.** |
| Horário do 1º Turno: |   | Total de Funcionários: |   | Atividades: |  |
| Horário do 2º Turno: |   | Total de Funcionários: |   | Atividades: |  |
| DEMAIS HORÁRIOS DE TURNOS |   | Total de Funcionários: |   | Atividades: |  |
| **II – ESCOPO DE CERTIFICAÇÃO** |
| **Descrever o escopo de certificação:** |
| **III – NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA SOLICITANTE ABRANGIDOS PELA NORMA**  |
| **Número total de funcionários da empresa:** **(Este número é o que será utilizado para o dimensionamento de HDs para as auditorias de Certificação Inicial e 1ª Supervisão.)** |  | **Número de funcionários sob riscos de COMPLIANCE** |  |
| Data sugerida para a auditoria: |  |
| Deseja Pré-Auditoria?  |   | Data: |   |
| **ASSINATURA DO SOLICITANTE:** |    |