|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Norma:** | **DSC 1000** | **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:** |  | | | | | | | | | |