|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES GERAIS**
 |
| **Razão Social:**       | **CNPJ:**       |
| **Nome Fantasia:**       | **I.E.:**       |
|  |
| **Representante Legal:**       | **CPF:**       |
| **Tel./Cel.:**       | **E-mail:**       |
|  |
| **Endereço Completo:**       |
| **Município:**       | **UF:**       | **CEP:**       |
| **Tel./Cel.:**       | **E-mail:**       |
|  |
| **Responsável pela Certificação:**       | **CPF:**       |
| **Tel./Cel.:**       | **E-mail:**       |
|  |
| **A empresa faz parte de uma corporação maior:** **[ ]  Sim |** **[ ]  Não** | **Caso sim, gentileza preencher os campos abaixo.** |
| **Razão Social**:       | **CNPJ**:       |
| **Nome Fantasia:**       | **I.E.:**       |
| **Endereço completo**:       |
| **Município:**       | **UF:**       | **CEP:**       |
| **Tel./Cel.**:       | **E-mail:**       |
| 1. **INFORMAÇÕES DA SOLICITAÇÃO**
 |
| * 1. **Tipo de Certificação:**

[ ]  Certificação[ ]  Recertificação[ ]  Transferência de Certificadora[ ]  Extensão de Escopo[ ]  Redução de Escopo* 1. **Classificação:**

[ ]  Nível de Fazenda[ ]  Coletora[ ]  Intermediária[ ]  Terminal * 1. **CDA:**

1- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:       2- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:      3- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:       4- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:      5- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:       6- Nº de CDA:       | Tipo de Armazém:      Tipos: (ACH) – Armazém Convencional Horizontal (AGH) – Armazém Graneleiro Horizontal(SV) – Silo Vertical (GHFP) – Graneleiro Horizontal de Fundo Plano* 1. **Equipamentos:**
 |
| Nº de secadores:       | Nº de máquinas de benefício:       |
| Nº de máquinas de pré-limpeza:       | Nº de máquinas de rebenefício:       |
| Nº de máquinas de limpeza:       | Nº de moegas:       |
| Nº de Classificadores/Peneirões:       | Nº de Eletrônicas:       |
| Nº de Densimétricas:       | Nº de Balanças:       |
| * 1. **Produtos Estocados:**

1-      2-      3-      * 1. **A empresa possui processos terceirizados?**

[ ]  Não | [ ]  Sim, quais:      * 1. **Existem instalações temporárias ou outras unidades que realizam a mesma atividade (Multi-Site)?**

[ ]  Não | [ ]  Sim, qual(is):      * 1. **Total de funcionários:**

Fixos:      Temporários:      * 1. **Certificações Anteriores:**
		1. Esta unidade armazenadora já foi certificada, auditada ou registrada antes por um outro Organismo de Certificação?

[ ]  Não | [ ]  Sim, qual?      Nº de registro anterior:      Motivo da mudança:      Validade do Certificado:      * 1. **Possui consultoria para certificação?**

[ ]  Não | [ ]  Sim, nome do consultor, e-mail e contato:       |
| 1. **FLUXOGRAMA DAS ATIVIDADES DE CERTIFICAÇÃO**
 |
|  |

Eu, abaixo assinado, ou por meio de e-mail, encaminho este documento à Savassi Certificadora, responsabilizando-me pela veracidade das informações aqui contidas. Declaro que o envio por e-mail será considerado como uma assinatura digital. Estou de acordo com todas as exigências estabelecidas no Regulamento de Certificação de Unidades Armazenadoras. Comprometo-me a fornecer todas as informações necessárias sobre o(s) produto(s) a ser(em) certificado(s), bem como a atualizar dados pertinentes, como alterações nas áreas da Unidade Armazenadora, inclusão de novos CDA’s junto à Conab, e informar sobre o não cumprimento de pontos de controle obrigatórios. Concordo com a utilização de profissionais independentes, sempre que necessário, e declaro que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras.

Cidade/Estado:      , Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal:

Função:

|  |
| --- |
| **Para uso interno da Certificadora** |
| **Revisão e Análise da Solicitação**  | **Sim/Não** | **Caso Não, informe a razão** |
| Os dados e as informações descritas no formulário são suficientes para elaborar uma Proposta Comercial? |  |  |
| Os dados e as informações descritas no formulário são suficientes para preparar um Plano de Auditoria? |  |  |
| É possível para a Savassi Certificação Serviços Administrativos Ltda. SCSAL executar a auditoria? |  |  |
| A Solicitação foi aceita? |  |  |
| Documento encaminhado por via e-mail? |  | \*Caso SIM, informar data e horário:Data: \_\_/ \_\_ /\_\_\_\_. Às \_\_\_:\_\_\_ |
| Analisado por: | Data:  |