

**Dados da Organização de Saúde:**

Razão Social:		
Endereço:		Bairro:
CEP:	Município:	UF:
CNPJ:	Inscrição Estadual:	Tempo de constituição da empresa:
Nome do Contato Qualidade:		

Número de Funcionários:

Deseja contratar Diagnóstico Organizacional?  Sim  Não

<p><u>Selecionar o(s) tipo(s) de serviço(s) prestado(s):</u></p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Dietoterapia para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Engenharia Clínica para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Higienização para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Manipulação e Atenção Farmacêutica para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Nutrição e Produção Clínica para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Processamento de Produtos para Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviço de Processamento de Roupas para Saúde</p>	<p>1. Possui Alvará de Funcionamento válido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Possui Licença Sanitária válida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Possui Responsável Técnico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4. Possui estrutura e processamento do produto totalmente independente da organização ou serviço do seu cliente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
	<p>Já possui acreditação ONA ou outras certificações?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim - IAC atual:</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Validade do Certificado:</p>

**Assinale se sua organização presta algum serviço abaixo:**

Serviço de Dietoterapia para a Saúde ( )

Serviço de Manipulação e Atenção Farmacêutica para a Saúde ( )

Serviço de Nutrição de Produção para a Saúde ( )

**Descreva o tipo, perfil, complexidade e porte da sua empresa e principais serviços prestados:**

Informações para Certificação Única
Deseja realizar processo de <b>Certificação Única</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual a comprovação legal de vínculo entre as unidades (Matriz e Filiais)?
Quantidade de Unidades que pretendem certificar:
Número total de colaboradores efetivos:
Alguma atividade de prestação de serviços é realizada em outro endereço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais atividades?
Quais endereço(s) ?
Quantidade de colaboradores terceirizados:

Site	Endereço Completo	CNPJ	Tipo de Serviço	Nº Colaboradores Efetivos	Turnos
Função Central:					
Unidade 1:					
Unidade 2:					
Unidade 3:					
Unidade 4:					
Unidade 5:					

Favor incluir mais linhas, se necessário.

**Favor informar como conheceu o TÜV NORD Brasil.**

<input type="checkbox"/> Redes Sociais. <input type="checkbox"/> Pesquisa no Google. <input type="checkbox"/> Site TÜV NORD Brasil. <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
--

**Informações sobre Serviços de Consultoria.**

A sua Organização utilizou algum serviço de Consultoria para auxiliar no desenvolvimento e/ ou implementação de seu Sistema de Gestão?  SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, completar a seção abaixo:  Empresa de Consultoria: _____ Consultor (es): _____
--

<b>Data da solicitação de proposta:</b>	<b>Nome do solicitante:</b>
---	-----------------------------

<b>Preencha o Formulário de Solicitação de Proposta Técnico-Comercial e encaminhe via e-mail para <a href="mailto:DL-BR_proposta@tuev-nord.de">DL-BR_proposta@tuev-nord.de</a> aos cuidados da área comercial.</b>
--