|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO DE SERVIÇOS DE**  **SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO** | | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO: | | | | | |  | | | | | | |
| Razão Social da Empresa: | | | |  | | | | | | | | |
| Endereço: | | |  | | | | | | | | | |
| Bairro: | |  | | | | | Inscrição Estadual: | | | | | |
| CNPJ: | |  | | | | | GFIP: |  | | CNAE: |  | |
| Município: | | |  | | | | | CEP: |  | | | |
| Fone/Fax: | | |  | | | | | Ramo Atividade: | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| SERVIÇOS SOLICITADOS: | | | | | |  | | | | | | |
| ( ) | Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT) | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA – NR-9) | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Assessoria em SST | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO – NR-7) | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Exames médicos ocupacionais | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Audiometrias | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Palestras | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Curso de CIPA | | | | | | | | | | | |
| ( ) | Outros serviços Especificar: | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TURNOS DE TRABALHO | | | |
| TURNOS | HORÁRIO DE TRABALHO | N.º DE EMPREGADOS |
| 1º turno |  |  |
| 2º turno |  |  |
| 3º turno |  |  |
| Total |  |  |

|  |
| --- |
| Descrição resumida dos produtos fabricados: |
|  |

|  |
| --- |
| Relação de produtos químicos utilizados: |
|  |

POSSUI CALDEIRA OU SECADORES ELÉTRICOS? ( ) SIM ( ) NÃO

Identificação do responsável pela empresa:

Nome(\*):

CARGO(\*):

CPF(\*):

assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA:

(\*) dados obrigatórios