|  |
| --- |
| 1. **FINALIDADE DO PREENCHIMENTO:**
 |
|  | Cadastro de Cliente |  | Atualização de Cadastro |
| 1. **DADOS GERAIS DA EMPRESA**
 |
| **Tipo de serviço de inspeção:** |  | SIF |  | SIE |  | SIM |  | N/A | **Número do serviço de inspeção:** |       |
| **CNPJ:** |       | **Inscrição Estadual:** |       | **Inscrição Municipal:** |       |
| **Razão Social:** |       |
| **Nome Fantasia:**  |       |
| **Atividade econômica:** |  | Indústria  |  | Cooperativa, associação, etc. |  | Fazenda  |  | Assistência técnica |  | Outros |
| **Endereço:** |       |
| **Complemento:** |       | **Bairro:** |       |
| **Cidade:** |  | **UF:** |       | **CEP:** |       |
| **Enviar material de coleta para outro endereço:** | [ ]  NÃO [ ]  SIM | (informar este end*er*eço no e-mail de envio desse formulário) |
| **O faturamento será feito para outra empresa:** | [ ]  NÃO [ ]  SIM | (informar os dados dela no e-mail de envio desse formulário)  |
| 1. **CONTATOS (Registre o nome, e-mail e telefone dos contatos, e selecione no campo finalidade do contato, a qual área pertence)**
 |
| **Nome Completo** | **E-mail:** | **Telefone: (DDD) - número** | **Função 1** | **Finalidade do contato** |
|  |  |  |  | **Resultados** | **Faturas** |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
|       |       |       |   |  |  |
| 1 - Função: A - Proprietário / B - Diretoria / C - Administrativo / D - Financeiro / E - Técnico / F - Veterinário / G -Qualidade / H - Outros |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informe para qual dos contatos acima devemos enviar a senha de acesso ao PORTAL LQL (somente UM):**  |       |
| 1. **MATERIAIS E SERVIÇOS**
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Utiliza etiquetas do LQL** | [ ]  NÃO [ ]  SIM | **Utiliza frascos do LQL** | [ ]  NÃO [ ]  SIM |
| **Meio de envio do material** |  | **Retirar no LQL** |  | **CORREIOS** |  | **Transportadora**  | (informar os dados da transp. no e-mail)  |
| **Quantas remessas mensais de amostras enviará para o LQL?** |    |

|  |
| --- |
|  |
| 1. **CONFIRMAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE CADASTRO NO SISTEMA DO LQL**
 |
| Estou ciente que deveremos agendar a entrega das amostras, e que a validade das amostras é de 7 dias após a coleta, portanto as amostras devem ser entregues no laboratório preferencialmente até no 4º dia após a coleta. | Responsável pelo cadastro: |       |
| Data: |       |

**ATENÇÃO:** Mantenha seu cadastro atualizado

Contato LQL: fones (62) 3521-1623WhatsAppe (62) 3521-1625/ e-mail:atendimento.lql@labcpa.com.br

|  |
| --- |
|  |
| 1. **O CAMPO ABAIXO É DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO LQL**
 |
| Código do cliente: |  | Nº do cadastro gerado no LQL: |  |
| Responsável pelo registro: |  | Data: |  |