|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: | |  |