**Solicitação de SERVIÇOS DE DIFRAÇÃO DE RAIOS X**

Data: / /

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do Solicitante/Empresa** | |
| Nome/Razão Social: | |
| Endereço: | |
| Bairro: | Cidade/Estado: |
| Email: | CEP: |
| CNPJ / CPF: | Insc. Estadual: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do Responsável** | |
| Nome: | Celular: |
| Email: | Telefone: |
| Função: | Ramal: |

|  |
| --- |
| **Resumo do Pedido** |
| Titulo: |
| Descrição geral: |
| Objetivo da análise solicitada: |

|  |
| --- |
| **Dados da(s) Amostra(s)** |
| N° de Amostras: |
| Tipo de material: |
| Riscos (Toxicidade, patogenidade, etc.): [ ] químicos ; [ ] radiológicos ; [ ] biológicos  **Caso assinale uma das opções acima o solicitante deve encaminhar as fichas de segurança do material (*material satefy datasheet*)** |

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

Assinatura e Carimbo do Responsável