**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