ESPAÇO PARA CABEÇALHO – LOGOMARCA DA EMPRESA E INFORMAÇÕES SOBRE ENDEREÇO E CONTATOS

|  |
| --- |
| CERTIFICADO DE TRATAMENTO  (Treatment Certificate) |
| Requerimento SIGVIG/MAPA: Comunicado de tratamento: Nº  Eu, XXXXXXXXXXXXXX, abaixo assinado, responsável técnico da empresa acima referida, CERTIFICO ter realizado tratamento fitossanitário  com fins quarentenários, conforme legislação em vigor, nos produtos XXXXXXXXXXXXXXXX.  *Undersigned, technical manager of the company refered above, certifies that made phytossanitary treatment for quarantine purposes, acording to laws in force in products XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.*  Nome e endereço exportador/importador:  *(name and address of export/importer)*  Nome e endereço do destinatário:  *(Consignee)*  Lugar de origem: Destino:  *(Place of origin) (Destiny)* |
| TRATAMENTO DE DESINFESTAÇÃO E/OU DESINFECÇÃO  *(Treatment of desinfection and / or)* |
| Número do Lote: Dados marca NIMF 15:  *(Lot Number) (ISPM 15 mark)*  Data do tratamento Início:  Horário tratamento Início: A A  *(Date of treatment) (Time of treatment) (to) (to)*  Duração: Temperatura:  *(Duration) (Temperature)*  Local de Tratamento:  *(Place of treatment)*  Processo utilizado: ( ) Tratamento Térmico HT  *(Process) (Heat Treatment)*  Observação: Conforme a NIMF - 15 e de acordo com a ONPF do Brasil, credenciada sob número BR-SC 586.  *(Remark) As the requeriments of ISPM - 15 in accordance with the Brazilian NPPO, under number BR-SC 586.* |
| DESCRIÇÃO DA REMESSA  *(Description of the consignment)* |
| Número de descrição volume: Nome e Quantidade material tratado:  (*Description*) (*Quantity*)  Nome Científico Material tratado:  *(Cientific name)*  Meio de transporte: Peso Bruto: KG Peso Líquido: kg  (*Transport*) (*Gross weight*) (*Net weight*)  Invoice: Marcas distintivas:  (*Invoice*) (*Distinctive marks*)  Local e data:  (*Place and date*)  Identificação e assinatura do responsável Técnico |