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 |