I N S T I T U T O M I N E I R O DE A G R O P E C U Á R I A

**CERTIFICADO FITOSSANITÁRIO DE ORIGEM**

GERÊNCIA DE DEFESA SANITÁRIA VEGETAL - GDV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CERTIFICADO FITOSSANITÁRIO DE ORIGEM Nº : | | |
| NOME DO PRODUTOR / NOME EMPRESARIAL : | | |
| ENDEREÇO : | | |
| MUNICÍPIO : | | UF : |
| CNPJ / CPF : | IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE : | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO** | | | | | | | | | | |
| **CÓDIGO DA UP** | | **PRODUTO** | | **QUANTIDADE** | | | **UNIDADE** | **PERÍODO DE COLHEITA** | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |
| LAUDO LABORATORIAL | | NOME DO LABORATÓRIO : | | | | | | | | |
| NÚMERO DO LAUDO COM O RESULTADO DA ANÁLISE : | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO : | | | | | | | | U F : |
| CERTIFICO QUE MEDIANTE ACOMPANHAMENTO , O (S) PRODUTO (S) ACIMA ESPECIFICADO (S) SE APRESENTA (M) :   1. LIVRE (S) DA (S) PRAGA (S) QUARENTENNÁRIA (S) A2 , OU 2. DENTRO DO (S) LIMITE (S) DE TOLERÂNCIA PARA A (S) PRAGA (S) NÃO QUARENTENÁRIA (S) REGULAMENTADA (S), OU 3. LIVRE (S) DA (S) PRAGA (S) ESPECÍFICA (S) , POR EXIGÊNCIA INTERNA, OU 4. LIVRE (S) DA (S) PRAGA (S) ESPECÍFICA (S) , POR EXIGÊNCIA DO PAÍS IMPORTADOR, CONFORME REGULAMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA AGRICULTURA , PECUÁRIA E ABASTECIMENTO - MAPA | | | | | | | | | | |
| **DECLARAÇÃO ADICIONAL** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **TRATAMENTO FITOSSANITÁRIO COM FINS QUARENTENÁRIOS** | | | | | | | | | | |
| **NOME DO PRODUTO COMERCIAL** | **INGREDIENTE ATIVO** | | **DOSE** | | | **PRAGA OU PRODUTO** | | | **MODO DE APLICAÇÃO** | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | |
| PARTIDA LACRADA NA ORIGEM : SIM NÃO - N° DO LACRE : Nº PORÃO : Nº CONTÊINER : | | | | | | | | | | |
| ESTE CERTIFICADO É VÁLIDO POR DIAS E SERÁ NULO SE RASURADO. | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO HABILITADO** | | | | | | | | | | |
| **NOME DO RT :** | | | | | | | | | | |
| Nº DA HABILITAÇÃO : | | | | | Nº DO CREA : | | | | | |
| LOCAL E DATA :  ....................................................., ........., DE ................................. DE ........... | | | | | ..........................................................................................................................  ASSINATURA E CARIMBO | | | | | |

*Cód*.: 3 . 03. 40 *MAR / 2008*