

	TIMBRE DA EMPRESA QUANDO COUBER	FORMULÁRIO XIV
--	--	---------------------------

COMUNICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO FITOSSANITÁRIO

Nome da Empresa												PREENCHER
CNPJ		Inscr. Estadual										
Endereço												
Telefone						Fax						
Endereço eletrônico												
Responsável Técnico												
Registro no Conselho						Cadastro Nº						
Interessado												
Mercadoria tratada												
Tipo de acondicionamento						Quantidade (kg)						
Local/End do tratamento						Data		Hora				
Tipo de tratamento						Tempo de exposição						
Produto utilizado(p.a.)						Dosagem						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> _____ (Local) </div> <div> _____/_____/_____ (Data) </div> <div> _____ Assinatura do informante </div> </div>												
Recebido em _____/_____/_____					Recebido: _____ <div style="text-align: right;">carimbo e assinatura</div>							
USO EXCLUSIVO DO MAPA												
AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO												
Equipamentos de Segurança		SIM		NÃO	Quais ?							
Equipamentos de aplicação		SIM		NÃO	Quais ?							
Alerta de perigo		SIM		NÃO	Tipo ?							
Sistema de vedação		SIM		NÃO	Tipo ?							
Verificaram-se incidentes		SIM		NÃO	Tipo ?							
Considerou adequado		SIM		NÃO	Por quê ?							
Leituras parciais de concentração		SIM		NÃO								
OBSERVAÇÕES												
RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO												
Nome: Cargo: Identificação:												
Fiscal Federal Agropecuário												