

	<b>TIMBRE DA EMPRESA QUANDO COUBER</b>	<b>FORMULÁRIO XIV</b>
--	--	---------------------------

### **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		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Local) (Data)

Assinatura do informante

Recebido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Recebido:

carimbo e assinatura

### **USO EXCLUSIVO DO MAPA**

<b>AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO</b>				
Equipamentos de Segurança	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Quais ?	
Equipamentos de aplicação	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Quais ?	
Alerta de perigo	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Tipo ?	
Sistema de vedação	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Tipo ?	
Verificaram-se incidentes	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Tipo ?	
Considerou adequado	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Por quê ?	
Leituras parciais de concentração	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		

### **OBSERVAÇÕES**

### **RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO**

Nome:
Cargo:
Identificação:
<b>Fiscal Federal Agropecuário</b>