TERMO DE FISCALIZAÇÃO		Nº
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome/Razão Social:		
Endereço:		
Município:	Estado:	
CPF/CNPJ:	Inscrição Estadual:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
Nome completo:		
Município:		Estado:
Identidade:	Órgão emissor:	CPF:
INSPEÇÃO FITOSSANITÁRIA		
Cultura/variedade:		Área (ha)/Volume (t):
Pragas detectadas:		
(PLVV):		
Coleta de amostras: ( ) sim ( ) não		Termo de coleta de amostra nº:
Controle/tratamento utilizado:		
Georreferenciamento do Local	Latitude (S):	Longitude (W):
OBSERVAÇÕES		
FUNDAMENTO LEGAL		
TESTEMUNHAS		
Assinatura		Assinatura
Nome completo e legível / CPF		Nome completo e legível / CPF
___, ___ / ___ / ___		
Assinatura do Responsável/Portador(CPF)		Assinatura e carimbo do Fiscal Estadual Agropecuário

1ª via – Fiscalizado/ 2ª via – Fiscal / 3ª via – ADAGRI
DOCUMENTO VÁLIDO SEM RASURA