



Agência de Defesa
Agropecuária
do Estado do Ceará



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Desenvolvimento Agrário

TERMO DE FISCALIZAÇÃO

Nº

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome/Razão Social:

Endereço:

Município:

Estado:

CPF/CNPJ:

Inscrição Estadual:

Georreferenciamento do Local

Latitude (S):

Longitude (W):

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome completo:

Endereço:

Município:

Estado:

Identidade:

Órgão emissor:

CPF:

OBJETO DA FISCALIZAÇÃO

FUNDAMENTO LEGAL

OBSERVAÇÕES

Horário: ____:____

Local e data: ____/____/____

TESTEMUNHAS

Nome completo e legível

Nome completo e legível

Doc. Identificação (____)

Assinatura

Doc. Identificação (____)

Assinatura

RESPONSÁVEL

Nome completo e legível do Responsável ou Preposto

Doc. Identificação (____)

Assinatura

Assinatura e carimbo do Servidor Oficial