TERMO DE COLETA DE AMOSTRA FITOSSANITÁRIA

T.C. _____/_____/_____
(n°/ ano/município)

Nome do produtor/ Estabelecimento:		**CNPJ/ CPF:**		**RENASEM n°:**	
				IDARON n°:	
Nome da propriedade:		**Latitude:**		**Longitude:**	
Endereço da propriedade ou estabelecimento:				**Fone:**	
Município/distrito:		**UF:**	**CEP:**	**Área da propriedade ou estabelecimento:**	**Área cultivada:**
Nome do Responsável técnico:		**CPF n°:**		**Habilitação CFO n°:**	

Espécie	Cultivar	Parte coletada	N° do canteiro	N° da subparcela	N° do Lote/ talhão	Tamanho da amostra (nº)	Representatividade da amostra (nº)	Praga para Detecção

Observações:

Local e data:_____

_____
Assinatura do Produtor/Responsável Técnico

_____
Assinatura e carimbo do Servidor da IDARON

1ª Via Laboratório, 2ª Via Requerente