GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

IDARON

AGÊNCIA DE DEFESA SANITÁRIA AGROSILVOPASTORIL DO ESTADO DE RONDÔNIA

TERMO DE COLETA DE AMOSTRA FITOSSANITÁRIA

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

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

N° do Lacre/ Amostra	Espécie	Cultivar	Material coletado	Parcela/ Subparcela	N° do lote/ Talhão	Tamanho da amostra (n°)	Representatividade da amostra (n°)	Praga para detecção

<u>Outras observações:</u>

Local e data:_____

_____
Assinatura do Produtor/Responsável Técnico

_____
Assinatura e carimbo do Servidor da IDARON

1ª Via Laboratório 2ª Via Requerente