

REQUERIMENTO

O interessado abaixo identificado, em atendimento à Lei Estadual N° 5.567, de 22 de junho de 2023, vem por meio deste requer: Cadastro Renovação de Cadastro Alteração de Cadastro, de:

- Comércio de Agrotóxicos. Centro de Distribuição. Depósito Armazenador.
 Prestador de Serviços. Comerciante de Fora do Estado.

E para tanto, apresenta as seguintes informações e documentação anexa:

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO/EMPRESA			
RAZÃO SOCIAL:			
NOME:			
CPF /CNPJ:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
ENDEREÇO:			N o
BAIRRO:		MUNICÍPIO:	UF:
GEOLOCALIZAÇÃO: S		W	
TELEFONE:		E-MAIL:	

Anexos (marcar anexos):

- Cópia do contrato social registrado e atualizado na Junta Comercial do Estado de Rondônia;
- Inscrição Estadual;
- Cadastro de Pessoa Física - CPF ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- Planta baixa ou croqui identificando as divisões internas do estabelecimento com suas respectivas metragens;
- Comprovante de responsabilidade técnica, do profissional, constando a guarda e armazenamento de produtos agrotóxicos da empresa requerente, emitida pelo respectivo Conselho Profissional;
- Comprovante que é associado em associação de revendedores, mantenedores de Posto de Recebimento de Embalagens Vazias de Agrotóxicos ou comprovante que possui estrutura adequada para recebimento de embalagens de agrotóxicos;
- Termo de compromisso para recolhimento itinerante, firmado por empresa comerciante localizada a distância superior a 100 quilômetros do posto de recebimento ou central de recolhimento ao qual é vinculado e a distância superior a 100 quilômetros entre o posto ou central e a propriedade rural;
- Listagem e caracterização dos equipamentos de aplicação que serão utilizados (Para prestador de serviços);
- Cópia do registro do estabelecimento no órgão de defesa agropecuária do estado de origem ou certidão equivalente (Para comerciante de fora do estado);
- Carteira de identidade profissional do responsável técnico (Para comerciante de fora do estado);
- Documento pessoal do responsável/representante legal (Para comerciante de fora do estado);
- Comprovante de pagamento da taxa anual;
- Laudo de auditoria do estabelecimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Local e data: _____

Nome: _____ CPF.: _____

Assinatura do interessado ou responsável pela empresa



AUTO DE INFRAÇÃO Nº

Nº DO PROCESSO ADMINISTRATIVO:

IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO

NOME: CPF/CNPJ:

TELEFONE: E-MAIL:

ESTABELECIMENTO/VEÍCULO ABORDADO:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

DETALHAMENTO

DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

DISPOSITIVO LEGAL INFRINGIDO

PENALIDADE APLICADA

MULTA EM UPF:

TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Fica o (a) infrator (a) notificado a apresentar defesa à Agência IDARON ou a pagar a multa no prazo de 30 dias. Para o pagamento da multa deverá ser utilizado o Documento de Arrecadação de Receitas Estaduais – DARE a ser emitido de forma on-line ou na Unidade Local da Agência IDARON.

INFRATOR

AUTUADO

REPRESENTANTE LEGAL

NOME: CPF:

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS

NOME: CPF:

Assinatura

NOME: CPF:

Assinatura

DADOS DA AUTUAÇÃO

MUNICÍPIO:

DATA:

HORA:

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE DE FISCALIZAÇÃO

NOME:

CARGO:

MATRÍCULA:

CARIMBO E ASSINATURA



TERMO DE: INTERDIÇÃO DESINTERDIÇÃO - Nº /

IDENTIFICAÇÃO DO FISCALIZADO:

NOME DO ESTABELECIMENTO:				
NOME DO FISCALIZADO:				
ENDEREÇO:		Nº:	CEP:	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:		UF:	
CPF/CNPJ:	INSCRIÇÃO EST.:			
IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ABORDADO:				
TELEFONE:		E-MAIL:		

ITENS FISCALIZADOS:

FICAM INTERDITADOS/ DESINTERDITADOS:	<input type="checkbox"/> PRODUTOS AGROTÓXICOS	<input type="checkbox"/> ÁREA CONTAMINADA OU SOB SUSPEITA DE CONTAMINAÇÃO POR AGROTÓXICOS		
	MARCA COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NO MAPA	QUANTIDADE	VOLUME DA EMBALAGEM
LOTE				
POSSUI TERMO ADITIVO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>				

ÁREA, LOCAL OU CULTURA	COORDENADA GEOGRÁFICA	ÁREA (ha ou m²)	CONTAMINADA	SUSPEITA
	S W			

EM DECORRÊNCIA DE:

IRREGULARIDADE:

LEGISLAÇÃO INFRINGIDA:

FICANDO O(S) PRODUTOS INTERDITADO (S) SOB A RESPONSABILIDADE DO SEGUINTE FIEL DEPOSITÁRIO:

NOME:				
ENDEREÇO:		Nº:	CEP:	
BAIRRO:	MUNICÍPIO:		UF:	
CPF/ CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL.:			
TELEFONE:		E-MAIL:		
Assumo o compromisso de atender às recomendações e exigências da fiscalização e de não remover do referido local, a qualquer título, o(s) produto(s) citado(s) acima sem autorização por escrito da IDARON.				
ASSINATURA:				

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO/FISCALIZADO:

NOME: CPF.:

ASSINATURA: _____

Testemunhas:

A) _____ NOME E CPF.º _____ ASSINATURA

B) _____ NOME E CPF.º _____ ASSINATURA

DE DE
LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR DA IDARON



TERMO DE APREENSÃO: Nº /

IDENTIFICAÇÃO DO FISCALIZADO:

NOME DO ESTABELECIMENTO:					
NOME DO FISCALIZADO:					
ENDEREÇO:		Nº:		CEP:	
BAIRRO:		MUNICÍPIO:		UF:	
CPF/CNPJ:		INSCRIÇÃO EST.:			
IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ABORDADO:					
TELEFONE:		E-MAIL:			

ITENS FISCALIZADOS:

FICAM APREENDIDOS OS SEGUINTE PRODUTOS AGROTÓXICOS:

MARCA COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NO MAPA	QUANTIDADE	VOLUME DA EMBALAGEM	LOTE
POSSUI TERMO ADITIVO?	SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>	

EM DECORRÊNCIA DE:

IRREGULARIDADE:
LEGISLAÇÃO INFRINGIDA:

FICANDO O(S) PRODUTO(S) APREENDIDOS (S) SOB A RESPONSABILIDADE DO SEGUINTE FIEL DEPOSITÁRIO:

NOME:					
ENDEREÇO:		Nº:		CEP:	
BAIRRO:		MUNICÍPIO:		UF:	
CPF/ CNPJ:		INSCRIÇÃO ESTADUAL.:			
TELEFONE:	E-MAIL:				
Assumo o compromisso de atender às recomendações e exigências da fiscalização e de não remover do referido local, a qualquer título, o(s) produto(s) citado(s) acima sem autorização por escrito da IDARON.					
ASSINATURA:					

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO/FISCALIZADO:

NOME: CPF.:

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHAS:

NOME: CPF:

ASSINATURA

NOME: CPF:

ASSINATURA

DE DE .

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR DA IDARON



ADITIVO AO TERMO DE: APREENSÃO INTERDIÇÃO DESINTERDIÇÃO

Nº / de / / .

PRODUTO(S):

MARCA COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NO MAPA	QUANTIDADE	VOLUME DA EMBALAGEM	LOTE

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO/FISCALIZADO:

NOME: CPF.:

ASSINATURA: _____

DE DE .

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR DA IDARON



RECHAÇO Nº /

POSTO DE FISCALIZAÇÃO:

PROPRIETÁRIO:

NOME/RAZÃO SOCIAL:

CNPJ/CPF: CADASTRO IDARON Nº:

ATIVIDADE(S):

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO/UF: CEP:

TELEFONE: E-MAIL:

EM DECORRÊNCIA DE:

IRREGULARIDADE:

LEGISLAÇÃO INFRINGIDA:

PRODUTOS RECHAÇADOS:

Nº NOTA FISCAL	MARCA COMERCIAL	Nº DE REGISTRO NO MAPA	QUANTIDADE	VOLUME DA EMBALAGEM	LOTE

IDENTIFICAÇÃO DO MOTORISTA/VEÍCULO:

NOME: CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO/UF: CEP:

TELEFONE: E-MAIL:

MARCA/MODELO DO VEÍCULO: PLACA:

ASSINATURA:

DE DE
LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR DA IDARON



**TERMO DE: SUSPENSÃO TEMPORÁRIA LIBERAÇÃO
DA COMERCIALIZAÇÃO DE AGROTÓXICOS - Nº /**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL:					
NOME FANTASIA:					
ENDEREÇO:		Nº:		CEP:	
BAIRRO:		MUNICÍPIO:		UF:	
CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:				
TELEFONE:	E-MAIL:				

FICA SUSPENSADA A COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTOS AGROTÓXICOS PELO ESTABELECIMENTO POR UM PRAZO DE () DIAS OU ATÉ QUE SEJAM SANADAS AS IRREGULARIDADES, DEVENDO COMUNICAR A IDARON PARA PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS. (Máximo de 30 dias)

FICA LIBERADA A COMERCIALIZAÇÃO DE PRODUTOS AGROTÓXICOS PELO ESTABELECIMENTO.

EM DECORRÊNCIA DE:

IRREGULARIDADE:

LEGISLAÇÃO INFRINGIDA:

EXIGÊNCIAS A SEREM CUMPRIDAS/OBSERVAÇÕES

--

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO

NOME:

CPF:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

A)

,
NOME/CPF

ASSINATURA

B)

,
NOME/CPF

ASSINATURA

, DE DE
LOCAL E DATA

ASS. E CARIMBO DO SERVIDOR
DA IDARON



PROCESSO Nº AUTO DE INFRAÇÃO Nº
NOME DO AUTUADO:
CPF/CNPJ:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: UF:

ADVERTÊNCIA – Nº / .

Fica o autuado acima identificado, **ADVERTIDO** quanto à), conforme determina o (), sendo que a multa poderá ser aplicada em dobro, em caso de reincidência.

Local e data: e / / .

Ciente em: / /

NOME DO AUTUADO: CPF.:

ASSINATURA: _____

AGENTE DE FISCALIZAÇÃO

NOME: CARGO:

MATRÍCULA:

CARIMBO E ASSINATURA



GUIA DE TRÂNSITO DE AERONAVE REMOTAMENTE PILOTADA – GTARP			N.º: / .
IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO			CPF/CNPJ
ENDEREÇO			
TELEFONE		E-MAIL	
Nº DE REGISTRO DO OPERADOR DE ARP NO MAPA		Nº DE REGISTRO DO PRESTADOR DE SERVIÇO NA IDARON	
MUNICÍPIO	UF	CEP	
LOCAL DE DESTINO			
NOME DO ESTABELECIMENTO			
INTERESSADO			CPF/CNPJ
ENDEREÇO			
TELEFONE		E-MAIL	
MUNICÍPIO	UF	CEP	
DADOS DA AERONAVE			
MARCA	MODELO	Nº DE CADASTRO OU REGISTRO NA ANAC	
VALIDADE DA GTARP 90 DIAS			
DATA DE EMISSÃO		DATA DE VALIDADE	
EMITENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	MATRÍCULA	CARGO	
LOCAL			
CARIMBO E ASSINATURA DO EMITENTE			

1ª via – Acompanha a ARP no trânsito. - 2ª via – IDARON. - OBS. No caso de GTARP emitida eletronicamente será admitido apenas uma via para acompanhar a ARP no trânsito.



TERMO DE COMPROMISSO PARA RECOLHIMENTO ITINERANTE DE EMBALAGENS VAZIAS DE AGROTÓXICOS

A empresa (razão social) _____, CNPJ nº _____, neste termo representada por _____, COMPROMETE-SE a realizar Recolhimento Itinerante, em atendimento ao que determina a Lei 5.567/2023, quando os postos de recebimento e centrais de recolhimento de embalagens vazias de agrotóxicos, mantidos pelas associações de revendedores de agrotóxicos, estejam a uma distância maior que 100 (cem) quilômetros das revendas onde o produtor adquiriu o produto ou quando comercialize agrotóxicos para estabelecimentos agropecuários localizados a distância superior a 100 (cem) quilômetros do posto de recebimento ou central de recolhimento ao qual é vinculado.

Além disso, declara estar ciente de que o não atendimento ao compromisso firmado implicará em irregularidade cadastral da empresa perante a Agência IDARON.

Local e data: _____ de _____.

Assinatura



LAUDO DE AUDITORIA DE ESTABELECIMENTO AGROPECUÁRIO

O interessado abaixo identificado, em atendimento à Lei Estadual N° 5.567, de 22 de junho de 2023.

- Comércio de Agrotóxicos. Centro de Distribuição. Depósito Armazenador.
 Prestador de Serviços. Comerciante de Fora do Estado.

E para tanto, apresenta as seguintes informações e documentação anexa:

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO/EMPRESA			
RAZÃO SOCIAL:			
NOME:			
CPF /CNPJ:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
ENDEREÇO:			N o
BAIRRO:		MUNICÍPIO:	UF:
GEOLOCALIZAÇÃO: S		W	
TELEFONE:		E-MAIL:	

Verificação dos requisitos para o armazenamento de Agrotóxicos e Afins, em atendimento à Lei Estadual N° 5.567, de 22 de junho de 2023:

Item	Requisitos de Armazenamento de Agrotóxicos e Afins	Conformidade (Sim/Não)	Observações
1.	Área compatível com o volume máximo de produtos a ser estocado	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
2.	Construção em material incombustível	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
3.	Pé direito que valorize ventilação natural ou instalação de ventilação forçada	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
4.	Distância mínima de 1,0 m do teto e luminárias	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
5.	Telhado em boas condições, sem vazamento ou infiltração	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
6.	Escritório, banheiro, cozinha e sala de café fora do depósito	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
7.	Portas do depósito em material não inflamável	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
8.	Piso impermeável que não permita infiltração de resíduos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
9.	Sistema de contenção primária de resíduos na própria edificação	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
10.	Iluminação adequada para fácil leitura dos rótulos dos produtos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
11.	Chuveiro de emergência e lava olhos próximos à área de estocagem	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
12.	Sinalização adequada (produtos tóxicos, proibida entrada não autorizada, proibido fumar, proibido consumo de alimentos)	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
13.	Armazenamento exclusivo e circunstancial de agrotóxicos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
14.	Equipamento de proteção individual disponível para os trabalhadores do setor	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
Embalagens			
1.	Armazenamento em prateleiras, estrados, paletes ou outro sistema que evite contato com o piso	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
2.	Embalagens identificadas e lacradas	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
3.	Pilhas de embalagens iguais e do mesmo produto	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	
4.	Distância mínima de 50 cm das paredes e 1,0 m do teto e luminárias, respeitando altura máxima de empilhamento estabelecida pelos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não	



fabricantes		
5.	Embalagens de sólidos acima das de líquidos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
6.	Armazenamento de produtos impróprios em área segregada para recolhimento pelos fabricantes	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
Equipamentos e Materiais para Derramamento		
1.	Conjunto de EPI para avarias/vazamentos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
2.	Material para isolar e sinalizar a área	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
3.	Recipiente com material absorvente	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
4.	Material neutralizante	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
5.	Embalagem de resgate rotulada	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
6.	Pá de plástico com cabo e vassoura	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
7.	FISPQ mantida no armazém	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
Controle Biológico Refrigerado		
1.	Câmara fria para produtos de controle biológico ou componentes ativos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não
Separação de Agrotóxicos de Produtos Diversos		
1.	Agrotóxicos separados de produtos diversos	<input type="checkbox"/> sim / <input type="checkbox"/> não

PARECER DO AGENTE DE FISCALIZAÇÃO:

FAVORÁVEL AO CADASTRAMENTO:

DESFAVORÁVEL: Agendar 2ª auditoria para ____/____/____.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO

NOME:

CPF:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

AGENTE DE FISCALIZAÇÃO

NOME: _____ CARGO: _____

MATRÍCULA: _____

CARIMBO E ASSINATURA