

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:				Nº
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:	☐ PRODUTOS AGROTÓXICOS	☐ 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 ☐	NÃO ☐		

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.Nº

ASSINATURA

B) _____
NOME E CPF.Nº

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 ☐		NÃO ☐	

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.



DECLARAÇÃO RECEBIMENTO ITINERANTE DE EMBALAGENS VAZIAS DE AGROTÓXICOS

A empresa **[RAZÃO SOCIAL]**, inscrita no CNPJ sob o n. **[CNPJ]**, neste ato representada por **[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]**, COMPROMETE-SE a realizar Recebimentos Itinerantes de embalagens vazias de agrotóxicos nas hipóteses previstas pela Lei Estadual n. 5.567/2023 – quando o posto ou central de recebimento estiver situado a mais de 100 (cem) quilômetros de distância do local em que foram adquiridas, ou quando o posto ou central de recebimento estiver situado a mais de 100 (cem) quilômetros de distância da propriedade rural, limitando-se ao recebimento de 50 (cinquenta) embalagens vazias por produtor rural, por evento de Recebimento Itinerante.

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

[LOCAL], [DATA].

[NOME DA EMPRESA]
[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL]

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



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