

Requerimento para Registro de Pessoas Jurídicas ou Físicas Prestadores de Serviços Fitossanitários

REGISTRO INICIAL

ALTERAÇÃO de:
 Razão Social
 Endereço
 Resp. Técnico

INCLUSÃO de:
 Razão Social
 Endereço
 Resp. Técnico
 Tipo de Serviço Prestado
 Registro nº.....

Requerimento junto ao Departamento de Sanidade Vegetal (DESV) da Agência de Defesa Agropecuária do Paraná (ADAPAR), com base nos termos do Decreto nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002, seu registro na categoria de PRESTADORES DE SERVIÇOS FITOSSANITÁRIO seus componentes e afins, apresentando para tanto as seguintes informações e documentação:

SÍNTESE DAS INFORMAÇÕES DE CADASTRO

Razão Social:							
CNPJ/CPF:				Insc. Estadual:			
Endereço:				Município:		UF:	
CEP:		Telefone:			Fax:		
Responsável Técnico:							
Responsável Administrativo no Paraná:							
e-mail (Responsável Administrativo):							
LAT				LONG			

OBS: AS COORDENADAS GEOGRÁFICAS DEVEM ESTAR EM GRAUS, MINUTOS E SEGUNDOS (EX: 00°00' 00.0"), PODENDO SER OBTIDAS ATRAVÉS DE GPS, OUTROS DISPOSITIVOS MÓVEIS (CELULARES, TABLETS) OU PELO GOOGLE MAPS

CLASSIFICAÇÃO TRIBUTÁRIA DA REQUERENTE
<input type="checkbox"/> MATRIZ / FILIAL / EPP <input type="checkbox"/> ME / MEI *

* ANEXAR AO FORMULÁRIO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE TAL CLASSIFICAÇÃO – Ex: Extrato ou Certidão da Junta Comercial

SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS / EXECUTADOS

- () EXPURGO
- () TRATAMENTO DE SEMENTES
- () TRATAMENTO FITOSSANITÁRIO DE MADEIRA
- () AVIAÇÃO AGRÍCOLA
- () DRONE
- () OUTROS: _____

2 . Endereço do pátio de descontaminação ou armazenamento de produtos

- () No mesmo endereço da requerente;
- () No endereço abaixo

Endereço

Rua ou Avenida		Bairro
Cidade	UF	CEP
Caixa Postal	Telefone	Fax

Anexo

- Anexar LICENÇA AMBIENTAL, expedida pelo órgão estadual competente, conforme Decreto Federal nº 4074/2002 quando for o caso.

_____, _____ de 20____.

Assinatura do requerente: _____

Nome:

CPF :

Dados do Responsável Administrativo

CPF		RG	
Data de Nascimento		UF RG	
Nome Completo			
Sexo:	() Masculino	() Feminino	
Endereço:			
Bairro		CEP	
Município		Estado	
Telefone:		Celular:	
E-mail:			

Declaro a veracidade das informações a cima fornecidas, e assumo total responsabilidade pelas mesmas, e quaisquer outras consequências que venham a ocorrer em decorrência destas.

Local _____, em ____/____/____

Assinatura do RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO