**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE PRESTADOR DE SERVIÇO NA PLICAÇÃO DE AGROTÓXICOS, SEUS COMPONENTES E AFINS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Registro Inicial  Renovação  2ª Via  Cancelamento |  | Alteração de:  Razão social  Endereço  Representante legal  Responsável técnico  Local de armazenamento |

**O SEGMENTO DE ATUAÇÃO É AVIAÇÃO AGRÍCOLA (USO DE AERONAVES TRIPULADAS OU DRONES)?**

SimNão

**SE A EMPRESA ATUA NO SEGMENTO DE AVIAÇÃO AGRÍCOLA, INFORMAR O EQUIPAMENTO UTILIZADO:**

Aeronave tripuladaAeronave remotamente pilotada (drone)

**REQUERIMENTO** ao Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo (Idaf), com base nos termos do Decreto Estadual no 4.442-R, de 29 de maio de 2019, do registro de **PRESTADOR DE SERVIÇO DE APLICAÇÃO DE AGROTÓXICOS, SEUS COMPONENTES E AFINS**, apresentando, para tanto, as seguintes informações e documentação:

**SÍNTESE DAS INFORMAÇÕES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social (pessoa jurídica) / Nome (pessoa física)**: | | | | |
| **CNPJ/CPF**: | **Inscrição estadual / RG**: | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Município**: | | **UF**: | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: | |
| **Responsável técnico**: | | | | |
| **Representante legal**: | | | | |
| **E-mail**: | | | | |

**IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ARMAZENAMENTO (SE HOUVER)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço**: | | | | |
| **Município**: | | **Bairro**: | | |
| **Área**:  Urbana  Rural | | | | |
| **Município**: | **UF**: | | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: (     ) | |

**IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**: | | | | |
| **CPF**: | **RG**: | | | |
| **Endereço**: | | | | |
| **Município**: | | **UF**: | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: (     ) | |
| **E-mail**: | | | | |

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**: | |
| **Formação:** Engenheiro-agrônomo  Engenheiro-florestal Técnico agrícola | |
| **Nº de registro**:       **Crea** (**UF**):       | **CFTA**: | |
| **Telefone**: (     ) | **E-mail**: |

     ,       de       de 20      .

Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável técnico