**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)?**

[ ] Sim[ ] Não

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

[ ] Aeronave tripulada[ ] Aeronave 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