|  |
| --- |
| REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO DE EMPRESA HIGIENIZADORA DE CAIXAS PLÁSTICAS |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO INTERESSADO** | | | | | | |
| NOME DO INTERESSADO: | | | | | | |
| NOME DO ESTABELECIMENTO: | | | | | | |
| CPF DO RESPONSÁVEL: | | | CNPJ: | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | N°: |
| BAIRRO: | CIDADE: | | | | | UF: |
| CEP: | FONE: (     ) | | | CEL: (     ) | | |
| E-MAIL: | | | | | | |
| COORDENADAS GEOGRÁFICAS (UTM/SIRGAS 2000) | | E: | | | N: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO** | | | | | | |
| NOME: | | | | | | |
| CPF: | | FORMAÇÃO: | | | | |
| ÓRGÃO DE CLASSE: | | Nº: | | VISTO: | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | N°: |
| BAIRRO: | CIDADE: | | | | UF: | |
| CEP: | FONE: (     ) | | CEL: (     ) | | | |
| E-MAIL: | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEMORIAL DESCRITIVO** |
| DESCRIÇÃO DAS INSTALAÇÕES: |
| DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE HIGIENIZAÇÃO: |
| PRODUTOS UTILIZADOS NA HIGIENIZAÇÃO: |
| CAPACIDADE DE HIGIENIZAÇÃO (CAIXAS/DIA): |
| OBSERVAÇÕES: |

|  |
| --- |
| O INTERESSADO acima caracterizado vem requerer à Seção de Defesa Sanitária Vegetal – SDSV/IDAF, em cumprimento à legislação vigente, CADASTRO DA HIGIENIZADORA DE CAIXAS PLÁSTICAS. Para tal, declara ter pleno conhecimento da legislação de defesa sanitária vegetal em vigor, comprometendo-se a cumpri-la fielmente e a comunicar qualquer alteração nas informações fornecidas no prazo de 30 (trinta) dias.  O profissional acima identificado declara ser o RESPONSÁVEL TÉCNICO pela HIGIENIZADORA DE CAIXAS PLÁSTICAS cadastrada junto à Seção de Defesa Sanitária Vegetal – SDSV/IDAF. Declara, para isso, ter pleno conhecimento da legislação, normas, exigências e instruções em vigor, em todas as suas fases, inclusive para o transporte e comércio, com as quais concorda plenamente, bem como das exigências do CREA/ES, sobre responsabilidade técnica, as quais cumprirá. Informa que assume a responsabilidade e que a validade da mesma só expira no momento em que houver protocolo, na Unidade Administrativa do IDAF, da solicitação de cancelamento do vínculo de Responsabilidade Técnica, devidamente assinada pelo desistente e com ciência do interessado. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | |
| **INTERESSADO** | **RESPONSÁVEL TÉCNICO** |
|  |  |