**REQUERIMENTO**

De acordo com a Lei Estadual Nº. 3.803 de 29 de agosto de 2012 e o Decreto Estadual No. 36.107 de 06 de agosto de 2015 a empresa abaixo identificada vem requerer junto a Agência de Defesa Agropecuária e Florestal do Estado do Amazonas – ADAF:

Registro Renovação de RegistroAlteração de Registro

**CLASSIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Comerciante |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Outros |

Prestador de Serviços |

**OBSERVAÇÕES**

.....................................................................................................................................................

**REQUERENTE**

Nome (Razão Social): .................................................................................................................

Endereço: ....................................................................................................................................

CEP: .............................. Cidade: ............................................................................ UF: .........

CNPJ n°: ................................................. Inscrição Estadual n°: ................................................

Telefone / Celular (DDD): ........................... E-mail: .................................................................

**ANEXOS QUE DEVEM ACOMPANHAR ESTE REQUERIMENTO**

1. Laudo de Vistoria Prévia realizada por servidor da ADAF do município (Modelo: Laudo de Vistoria em Revendas/Prestadores de Serviços – Agrotóxicos);
2. Cópia do Contrato Social contemplando no seu objeto atividade relacionada ao comércio de agrotóxicos, seus componentes e afins;
3. Cópia do CNPJ, da Inscrição Estadual e do Alvará de Funcionamento do Estabelecimento;
4. Termo de Responsabilidade Técnica do profissional (modelo disponibilizado pela ADAF – **Anexo I**);
5. Cópia da Carteira de Habilitação Profissional;
6. Anotação de Responsabilidade Técnica – ART (ART Cargo-Função) ou Termo de Responsabilidade Técnica – TRT (TRT Cargo-Função);
7. Certidão de Registro e Quitação Pessoa Física do Responsável Técnico, disponibilizados pelo órgão de fiscalização profissional, e cópia do Contrato do Responsável Técnico;
8. Certidão de Registro e Quitação Pessoa Jurídica da empresa no conselho de fiscalização profissional - CREA/AM ou no CFTA.
9. Cópia da Licença de Operação expedida pelo Órgão Estadual de Meio Ambiente (IPAAM);
10. Cópia do comprovante de credenciamento a Posto ou Central de Recebimento de Embalagens Vazias de Agrotóxicos;
11. No caso de Registro de Postos ou Centrais de Recebimento de Embalagens Vazias de Agrotóxicos, apresentar também a relação dos estabelecimentos comerciais filiados ao respectivo posto ou central de recebimento e cópia do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB);
12. Comprovante de pagamento da taxa de registro anual, emitido após a análise documental.

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

 Local e Data Assinatura do Responsável

**ANEXO I**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ profissão, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrado no CREA sob Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara ser o RESPONSÁVEL TÉCNICO do estabelecimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos do art. 37, § 2º,  do Decreto Federal 4.074, de 04 de janeiro de 2002.

Este termo será válido até que seja comunicado à Agência de Defesa Agropecuária e Florestal do Estado do Amazonas - ADAF, a anulação da Responsabilidade Técnica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Responsável Técnico

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_