



VIGOR AGROANÁLISE E CONSULTORIA LTDA
Laboratório de Análises Agronômicas
Rua Diocésio Casarino, 230, Residencial Monte Belo
CEP 37270-000 Campo Belo – MG
E-mail: vigoragroanalises@gmail.com Fone (35) 99837-7127
RENASEM: MG-15971/2021 Válido até: 17/11/2026

**FORMULARIO DE ENVIO DE AMOSTRAS PARA
DETECÇÃO DE *Meloidogyne* spp. EM MUDAS DE CAFEIEIRO**

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTOR

NOME:	CPF/CNPJ:	RENASEM:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME OU LOCAL DO VIVEIRO:	ENDEREÇO DO VIVEIRO:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICÍPIO/ ESTADO:	TELEFONE:	E-MAIL:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

CULTIVAR:	ESPÉCIE:																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
PARCELA:	REPRESENTATIVIDADE (Nº. TOTAL DE MUDAS DA PARCELA):	SAFRA (ANO AGRÍCOLA):																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
SUBPARCELAS:	Nº. DOS CANTEIROS:	Nº. DE MUDAS/ SUBPARCELAS:	Nº DE MUDAS AMOSTRADAS:																
<table border="1"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr></table>	1	2	3	4	<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>					<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>				
1																			
2																			
3																			
4																			
AMOSTRADOR - RT:	CREA:	RENASEM:																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
TELEFONE:	E-MAIL:	DATA DA AMOSTRAGEM:																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	

Pretende comercializar as mudas no Estado de São Paulo? SIM NÃO
Analisar *Pratylenchus* spp.? SIM NÃO

IDENTIFICAÇÃO DO RT E DADOS PARA ENVIO DOS RESULTADOS

NOME:	CREA	RENASEM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREÇO:	CEP:	MUNICÍPIO/ESTADO:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	CEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE AMOSTRAGEM

- As análises têm seu valor restrito à (s) amostra (s) recebida (s) pelo laboratório VIGOR;
- A identificação da (s) amostra (s) é de exclusiva responsabilidade do requerente;
- As amostras foram coletadas de acordo com metodologia estabelecida na Instrução Normativa 35/2012 do Ministério da Agricultura;
- O resultado indicará a presença/ausência de *Meloidogyne* spp.;
- As amostras estarão sujeitas a avaliação técnica para decisão sobre seu processamento, visando à garantia da confiabilidade dos resultados; Amostras avariadas, secas, com quantidade inferior a estabelecida pela normativa do MAPA, sem identificação, serão descartadas pelo Laboratório VIGOR, sendo de exclusiva responsabilidade do requerente o reenvio de outras amostras.
- As amostras devem ser encaminhadas juntamente com o FORMULÁRIO DE ENVIO DE AMOSTRAS, corretamente preenchido;
- Solicito que os resultados sejam enviados para o (s) e-mails acima informados. () Sim () não
- Por ser a expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Assinatura do RT ou Produtor

Análise crítica do pedido (USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO VIGOR – NÃO PREENCHER)

Data: ____/____/____

Rúbrica: _____