

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E PECUÁRIA – MAPA

SECRETARIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA - SDA

DEPARTAMENTO DE INSPEÇÃO DE PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL – DIPOA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MÓDULO III – RESPALDO PARA CERTIFICAÇÃO OFICIAL**  **(cite os países e produtos)**  Vinculado ao TF-Autocontroles \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **C** | **NC** | **NA** |
| 71. | Os produtos acabados, o processo de fabricação e os produtos utilizados, inclusive os de origem animal, atendem à legislação do país de destino e/ou aos requisitos sanitários acordados bilaterais ou multilateralmente permitindo a certificação para a exportação. (ou sua manutenção). (RR) |  |  |  |
| 72. | Os documentos de trânsito recebidos e emitidos, para respaldar a certificação estão condizentes com a legislação vigente. |  |  |  |
| 73. | Especificamente sobre as análises laboratoriais que embasam a certificação: estas são condizentes com os certificados a que estão submetidos os produtos. (RR) |  |  |  |
| *Não conformidades:* | | | | |
|  | | | | |
| **COMENTÁRIOS GERAIS:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Conclusão sobre habilitação ou manutenção da certificação oficial para exportação** | | | | |
| ( ) O estabelecimento está apto/mantém a certificação sanitária oficial. | | | | |
| ( ) O estabelecimento NÃO está apto à certificação para (descrever produto e destino ou anexar lista). | | | | |
| *Em todos os casos o estabelecimento tem* ***30 dias*** *para enviar plano de ação ao \_\_\_\_-SIPOA, identificando as medidas adotadas, os prazos e as não conformidades já consideradas solucionadas.*  *O plano de ação e os seus comprovantes deverão ser enviados unicamente por meio do peticionamento eletrônico do tipo intercorrente no sistema SEI - processo:*  *A orientação para o cadastro do usuário externo e para o peticionamento eletrônico no sistema SEI estão disponíveis no sítio eletrônico da área de alimentação animal do MAPA.* | | | | |

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pelo estabelecimento

Nome:

RG/CPF:

Auditor Fiscal Federal Agropecuário

Nome:

Carteira Fiscal / RG:

|  |  |
| --- | --- |
| *Em caso de recusa ou ausência do responsável pelo estabelecimento ou do seu representante, assinatura de uma testemunha com respectivo endereço e identificação.* | |
| Nome: | RG/CPF |
| Endereço: |  |