Documento(s) de Origem: POP/LDFN/005

|  |
| --- |
| Ensaio Solicitado: Detecção de *Meloidogyne* spp em raízes do cafeeiro pelo método descrito por Tihohod, D. Nematologia Agrícola. FCAV-UNESP, Jaboticabal, 1989, 80p.  |

|  |
| --- |
| **Identificação do Produtor** |
| Nome:       | CPF/CNPJ:      | RENASEM:      |
| End.:       | Nº       | Município/UF:       | CEP:       |
| Tel Fixo:(     )       | Celular:(     )       | E-mail:       |

|  |
| --- |
| **Identificação das Amostras** |
| Parcela:      | Representatividade (nº total de mudas da parcela):       |  |  | Nº das amostras no LDFN (USO EXCLUSIVO DO LDFN - NÃO PREENCHER ESTA COLUNA). |
| Cultivar:      | Data da coleta:      |  |
| Subparcela:      | Representatividade (nº total de mudas da subparcela):  |       | Nº de mudas enviadas ao laboratório:       |  |  |  |
| Subparcela:      | Representatividade (nº total de mudas da subparcela):  |       | Nº de mudas enviadas ao laboratório:       |  |  |  |
| Subparcela:      | Representatividade (nº total de mudas da subparcela): |       | Nº de mudas enviadas ao laboratório:       |  |  |  |
| Subparcela:      | Representatividade (nº total de mudas da subparcela): |       | Nº de mudas enviadas ao laboratório:       |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável Técnico e Endereço Completo para Envio dos Resultados:** |
| Nome:       | CREA:      | RENASEM:      |
| Tel Fixo:(     )       | Celular: (     )      | E-mail:      |
| Logradouro:      | Nº/Complemento:      |
| Bairro/Localidade:      | Município/UF:      | CEP:      |

|  |
| --- |
| **Declaro estar ciente de que: (ASSINATURA E PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIOS)** |
| - As análises tem seu valor restrito à(s) amostra(s) recebida(s) pelo LDFN.- A identificação da(s) amostra(s) é de exclusiva responsabilidade do requerente.- As amostras foram coletadas de acordo com a metodologia estabelecida em norma do Ministério da Agricultura.- O resultado indicará a presença/ausência de *Meloidogyne* spp podendo também indicar a presença de outros nematoides.- As amostras estarão sujeitas à avaliação técnica para decisão sobre seu processamento, visando à garantia da confiabilidade dos resultados, e que as mesmas, processadas ou não, serão adequadamente descartadas pelo LDFN.- O prazo de entrega do resultado é de até 20 dias úteis, dependendo da demanda de amostras recebidas pelo LDFN.- Solicito que o resultado seja encaminhado para o(s) E-mail acima informado: [ ]  Sim - [ ]  Não. |
| Resp. Técnico ou Produtor: |       |  |
| Assinatura: |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Análise Crítica do Pedido (USO EXCLUSIVO DO LDFN – NÃO PREENCHER)** |
|  | Data: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ Rubrica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Análise Crítica dos Registros |
| Data: | Rubrica: |
| **\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Observações:  |