

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO</p>	<p>MANEJO DE ÁRVORES NATIVAS IMUNES AO CORTE</p>	<p>DMA</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-------------------

REQUERIMENTO

À
 Prefeitura Municipal de Arroio do Meio
 DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE
 Rua Monsenhor Jacob Seger, 186, Bairro Centro
 Arroio do Meio – RS

O requerente, PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL, abaixo identificado:

Nome Completo / Razão Social :	
CPF/CNPJ nº:	

Requer análise das informações anexas para solicitação de **AUTORIZAÇÃO** para a atividade de **PODAS OU TRANSPLANTES DE ÁRVORE(S) CONSIDERADA(S) IMUNE(S) AO CORTE PELA LEGISLAÇÃO VIGENTE** em área de sua propriedade, tendo como base os dados abaixo informados.

Declaro, para os devidos fins, que a vegetação requerida para corte não se situa em áreas consideradas de preservação permanente, que não possui débitos oriundos de infrações ambientais ou de reposição florestal obrigatória junto aos órgãos ambientais competentes e que o manejo, caso aprovado, respeitará o estabelecido no Alvará de Licenciamento de Serviços Florestais, incluindo manutenção das áreas protegidas de RESERVA LEGAL e de PRESERVAÇÃO PERMANENTE, conforme legislação vigente.

Nestes termos,
 Pede deferimento.

Arroio do Meio, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proprietário ou Representante
 Legal do(s) proprietário(s) requerente(s)

Nome Completo Legível

CPF/CNPJ

Observação: Caso seja assinado por terceiros, este requerimento deverá ser acompanhado de Procuração Simples para esta finalidade.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO</p>	<p align="center">MANEJO DE ÁRVORES NATIVAS IMUNES AO CORTE</p>	<p align="center">DMA</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIOS:

- A) Todos os campos do formulário deverão ser preenchidos.
- B) Apresentar toda a documentação solicitada no Anexo I.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO(S) DO IMÓVEL:

Nome Completo / Razão Social *:			
CPF/ CNPJ *nº:			
End.: Rua/Av *:			nº *:
Bairro *:	CEP *:	Município *:	
Telefone *:()	FAX *:()	e-mail:	
End. p/ correspondência: Rua / Av *:			nº *:
Bairro *:	CEP *:	Município *:	
Contato - Nome *:			Cargo *:
Telefone p/ contato*:()	FAX:()	E-mail:	

2. REPRESENTANTE LEGAL (SE HOUVER):

Nome Completo / Razão Social *:			
CPF *nº:			
End.: Rua/Av *:			nº *:
Bairro *:	CEP *:	Município *:	
Telefone *:()	FAX *:()	e-mail:	

3. IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE:

3.1. Dados da propriedade (exceto quanto área pública ou servidão):

Nº da Matrícula no Cartório de Registro de Imóveis	
Área total registrada	
Distrito/ Localidade/ Linha ou Endereço	

3.2. Roteiro de acesso: percurso a partir da sede do município ou pontos de referência de fácil localização, com indicação das distâncias em quilômetros até o local.

--

3.3. Quanto às coordenadas geográficas:

As coordenadas geográficas deverão ser obtidas com Receptor GPS, com as seguintes configurações:
 Formato das coordenadas geográficas: **Graus, minutos e segundos**, no sistema geodésico (**DATUM) SAD-69**.

Exemplo de leitura:

Lat. (φ)	-	2	9	°	2	5	'	3	5	.2	"
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Observação: As coordenadas deverão indicar um ponto localizado na entrada da propriedade e outro dentro da área de manejo (se for o caso).

 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO	MANEJO DE ÁRVORES NATIVAS IMUNES AO CORTE	DMA
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------

Coordenadas geográficas (Lat/Long) no Sistema Geodésico, SAD-69 em graus, minutos e segundos (hddd°mm'ss.s")																								
Lat. (φ)	-			°			'			.		"	Long (λ)	-			°			'		.		"

4. DADOS DA VEGETAÇÃO A SER MANEJADA

4.1. As árvores requeridas para transplante ou poda deverão ser identificadas conforme a tabela abaixo:

Nº	Nome comum da espécie/ Nome Científico:	Altura (em metros):	Diâmetro a altura do peito –DAP (em metros):
1.			
2.			

4.2. Volume Total

Volume Total Aproximado de TORAS		METRO(S) CÚBICO(S)
Volume Total Aproximado de LENHA		ESTÉREO(S)
Área total de manejo		M²

NOTA: ESTÉREO: medida de volume para lenha, equivalente a um metro cúbico (em pilha).

4.3. Característica(s) do(s) indivíduo(s) - MARCAR com (X):

<input type="checkbox"/>	Ocorrência isolada
<input type="checkbox"/>	Bom estado fitossanitário
<input type="checkbox"/>	Danificado(s) por fenômenos naturais
<input type="checkbox"/>	Desvitalizado(s)
<input type="checkbox"/>	Risco de queda com danos ao patrimônio e à integridade física de transeuntes
<input type="checkbox"/>	Causando danos continuados ao patrimônio
<input type="checkbox"/>	Situada(s) em área considerada de preservação permanente, associada a curso d'água ou banhado
<input type="checkbox"/>	Situada(s) em área pública
<input type="checkbox"/>	Outras: especificar

4.4. Manejo Requerido - MARCAR com (X):

<input type="checkbox"/>	TRANSPLANTE
Informe o número de árvores a serem transplantadas: _____	
Condicionantes:	
• Apresentar relatórios semestrais até a comprovação da pega, assinado por responsável técnico	
<input type="checkbox"/>	PODAS

5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome Completo:			
CPF nº		Nº Registro Profissional :	
Profissão:		ART de projeto e execução nº:	
End.: Rua/Av:		nº :	
Bairro:	CEP *:	Município *:	
Telefone: ()	Fax: ()	Telefone Celular: ()	
e-mail:			
Nome da empresa:			
CNPJ		Nº Registro da Empresa:	

Data:	
Assinatura do responsável técnico	

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO</p>	<p>MANEJO DE ÁRVORES NATIVAS IMUNES AO CORTE</p>	<p>DMA</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------

ANEXO I – DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA COM O FORMULÁRIO PREENCHIDO

1. Requerimento preenchido conforme página inicial deste formulário.
2. Cópia do Cartão do CNPJ/CPF do proprietário, do empreendedor e do representante legal, quando houver.
3. Mapeamento: Mapa, se existente, ou croqui de acesso a propriedade com localização da área de manejo requerido (com coordenadas Geográficas: latitude/longitude em graus, minutos e segundos), com DATUM – SAD 69, com data e assinatura do profissional responsável pela ART.
4. Cópia da Certidão da Matrícula do imóvel, atualizada **em até 90 dias**, no Registro de Imóveis.
Observações:
 Nos casos de Posse a Justo Título e Posse por Simples Ocupação, o requerente deverá apresentar como comprovante da posse do imóvel: Cópia do Certificado de Cadastro de Imóvel Rural – CCIR do INCRA e comprovante de pagamento do último ITR (ano anterior).
5. Fotografias ilustrativas da vegetação a ser manejada.
6. Anotação de Responsabilidade Técnica – ART de profissional habilitado de elaboração do Laudo Técnico e assistência técnica para o manejo.

No caso de TRANSPLANTE

7. Mapa ou croqui com indicação dos locais indicados para os transplantes, com coordenadas geográficas – Datum SAD 69
8. Descrição da metodologia de transplante

No caso de PODAS

9. Descrição da metodologia de podas
10. Tratamentos fitossanitários indicados

ATENÇÃO:
 O ÓRGÃO AMBIENTAL PODERÁ SOLICITAR ESTUDOS COMPLEMENTARES E DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL QUANDO JULGAR NECESSÁRIO.