



Associação Ecovida de Certificação Participativa - CNPJ-04.371.122/0001-45
Rua Francisco Hipólito Rolim, 317 – Sala 03, Três Cachoeiras-RS CEP: 95580-000 Fone: (51) 3667-1516

Termo de Aprovação ou de Renovação da Conformidade Orgânica

Os membros do Grupo _____ e o Comitê de Ética, do Núcleo _____, em visita de Avaliação da Conformidade Orgânica no dia ____/____/____, após percorrerem e avaliarem as unidades de produção e ou processamentos, aprovam/renovam a Conformidade Orgânica das Unidades abaixo relacionadas, bem como declaram ter analisado, preenchido e aprovados os documentos listados no anexo, correspondentes a essas Unidades.

Titular da Unidade de Produção / Processamento a ser certificado*	V** NV***	Abreviatura do(s) Escopo(s) (PPV, PPA, POA, POV, PIA)	Assinatura
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			
10 -			

* Nome conforme contido no Cadastro da Unidade.

V** - Assinalar com V os integrantes visitados.

NV*** - Assinalar com NV os integrantes não visitados.

PPV Produção Primária Vegetal, PPA - Produção Primária Animal, POA – Processamento Origem Animal, POV - Processamento Origem Vegetal, PIA – Processamento Insumos Agrícolas

Membros do Comitê de Ética: Nome /CPF	Grupo a que pertence	Assinatura
CPF:		
CPF:		
CPF:		



Associação Ecovida de Certificação Participativa - CNPJ-04.371.122/0001-45
Rua José Rolim de Matos, 59 – Sala 01, Três Cachoeiras-RS CEP: 95580-000 Fone: (51) 3667-1516

Anexo ao Termo de Aprovação ou de Renovação da Conformidade Orgânica

Documento	Documento Verificado e Aprovado
Termo de Adesão, Compromisso e Responsabilidade	() Sim () Não
Plano de Manejo Orgânico ou Plano de Manejo e Conversão Orgânico	() Sim () Não
Caderno de Campo	() Sim () Não
Manual de Procedimentos Operacional Padrão da Unidade de Processamento	() Sim () Não
Controles da Rastreabilidade da Unidade de Processamento	() Sim () Não
A Unidade de Processamento, possui a documentação Sanitária e Fiscal e está conforme prevê a legislação pertinente	() Sim () Não
Declaração de Transação Comercial de Produtos Orgânicos	() Sim () Não
Verificação da realização de visita de pares	() Sim () Não
Outros (especificar)	() Sim () Não

Local: _____ UF _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador do Comitê de Ética na visita

Nome completo: _____