



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 02/2026

Estabelece diretrizes, procedimentos e formulários para atos de fiscalização no âmbito dos produtos de origem vegetal do Consórcio de Desenvolvimento e Valorização de Municípios - Convaless.

O **PRESIDENTE DO CONSÓRCIO DE DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DE MUNICÍPIOS - CONVALES**, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo disposto no inciso IX da Constituição Federal; considerando o disposto na Lei Federal 11.107/2005; o Decreto Federal 6.017/2007; artigo 37, do Estatuto do Consórcio e inciso II, artigo 23, da Lei que dispõe sobre o Serviço de Inspeção Municipal - SIM;

RESOLVE:

Art. 1º. A presente Instrução aplica-se ao Serviço de Inspeção municipal do Consórcio de Desenvolvimento e Valorização de Municípios - Convaless no âmbito das ações de fiscalização de produtos de origem vegetal sob equivalência e adesão ao Sistema Brasileiro de Inspeção de Produtos de Origem Vegetal (SISBIPOV), do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (SUASA).

Art. 2º. Os procedimentos de inspeção seguirão o estabelecido na lei Federal nº 14.515, de 29 de dezembro de 2022 e decretos Federais nº 12.502, de 11 de junho de 2025 e nº 12.709, de 31 de outubro de 2025 e suas atualizações.

Art. 3º. Esta Instrução Normativa passa a vigorar na data de sua publicação.

Arinos-MG, 31 de março de 2026.

Nelson Pereira de Brito

Presidente

ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 000/2026 DO CONVALES AUTO DE COLETA DE AMOSTRA

	AUTO DE COLETA DE AMOSTRA	NÚMERO: DATA: MAPA: () SIM () Não N°
---	----------------------------------	---

Relativo a fiscalização do que trata a: <input type="checkbox"/> Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.001, de 20 de junho de 2014 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.648, de 11 de abril de 2018	<input type="checkbox"/> Decreto nº 7.968, de 26 de março de 2013 <input type="checkbox"/> Decreto nº 8.592, de 16 de dezembro de 2015 <input type="checkbox"/> Decreto nº 10.026, de 25 de setembro de 2019 <input type="checkbox"/> Decreto nº 12709, de 31 de outubro de 2025 <input type="checkbox"/> Resolução _____ do CONVALES
--	---

1- ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

2- ESTABELECIMENTO DETENTOR DO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

3- IDENTIFICAÇÃO E FINALIDADE DA AMOSTRA

Objetivo da amostra:	Análise (Objetivo da amostra: s) solicitada(s):	Motivo da coleta:

Laboratório de destino:

Produto de origem vegetal amostrado	Padrão oficial de classificação do produto:	Marca:	Quantidade amostrada:
-------------------------------------	---	--------	-----------------------

Validade:	Especificações de Identidade e Qualidade declaradas na embalagem:	Lote ou safra	Quantidade/volume fiscalizado:
-----------	---	---------------	--------------------------------

LACRES DAS ALÍQUOTAS AMOSTRAIS		RASTREABILIDADE		Origem:	Destino:
Alíquota 1:		Cód. Rastreio			
Alíquota 2:		Rastreio é eletrônico:			
Alíquota 3:		Qual site apresenta a rastreabilidade?			
Alíquota 4:					

Observação(ões) sobre a amostra/amostragem:

E-mail(s) do Serviço Técnico para notificação dos resultados laboratoriais e demais comunicações:

I – AUTORIDADE


Autoridade assinatura

Local, data.

Testemunha Nome: CPF:	Testemunha Nome: CPF:
-----------------------------	-----------------------------

Responsável pelo estabelecimento Assinatura:	Nome: CPF: RG:
---	----------------------

ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 000/2026 DO CONVALES TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS

	TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRAS	NÚMERO: DATA: MAPA: () SIM () Não N°
---	--------------------------------------	---

Relativo a fiscalização do que trata a: <input type="checkbox"/> Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.001, de 20 de junho de 2014 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.648, de 11 de abril de 2018	<input type="checkbox"/> Decreto nº 7.968, de 26 de março de 2013 <input type="checkbox"/> Decreto nº 8.592, de 16 de dezembro de 2015 <input type="checkbox"/> Decreto nº 10.026, de 25 de setembro de 2019 <input type="checkbox"/> Decreto nº 12709, de 31 de outubro de 2025 <input type="checkbox"/> Resolução _____ do CONVALES
--	---

1- ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

2- ESTABELECIMENTO DETENTOR DO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

3- IDENTIFICAÇÃO E FINALIDADE DA AMOSTRA

Fiscalização Físico-química		Fiscalização microbiológica		Controle de _____.	
DENOMINAÇÃO DO PRODUTO	MARCA COMERCIAL	Nº DE REGISTRO DE PRODUTO	QTDE.	LOTE	QTDE. LOTE

A(s) unidade(s) de amostra destinada(s) à análise pericial ficou(aram) sob guarda do representante do estabelecimento abaixo assinado.

A(s) unidade(s) de amostra destinada(s) à análise pericial ficou(aram) sob guarda da área técnica competente da Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento onde foi(ram) coletada(s) a(s) Amostra(s), ficando à disposição do estabelecimento responsável.

OBSERVAÇÃO:

I - AUTORIDADE


Autoridade assinatura

Local, data.

Testemunha Nome: CPF:	Testemunha Nome: CPF:
-----------------------------	-----------------------------

Responsável pelo estabelecimento Assinatura:	Nome: CPF: RG:
---	----------------------

ANEXO III DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 000/2026 DO CONVALES TERMO DE APREENSÃO

	TERMO DE APREENSÃO	NÚMERO: DATA: MAPA: () SIM () Não N°
---	---------------------------	---

Relativo a fiscalização do que trata a: <input type="checkbox"/> Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.001, de 20 de junho de 2014 <input type="checkbox"/> Lei nº 13.648, de 11 de abril de 2018	<input type="checkbox"/> Decreto nº 7.968, de 26 de março de 2013 <input type="checkbox"/> Decreto nº 8.592, de 16 de dezembro de 2015 <input type="checkbox"/> Decreto nº 10.026, de 25 de setembro de 2019 <input type="checkbox"/> Decreto nº 12709, de 31 de outubro de 2025 <input type="checkbox"/> Resolução _____ do CONVALES
--	---

1- ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL PELO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

2- ESTABELECIMENTO DETENTOR DO PRODUTO:

NOME (EMPRESARIAL/PESSOA FÍSICA):	CPF: CNPJ:
-----------------------------------	------------

ENDEREÇO:

Atividade: () Produtor ou fabricante () Padronizador () Atacadista () Envasilhador ou engarrafador () Outro	SIM- POV: _____
---	-----------------

3- INFORMAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE APREENÇÃO

Procedemos a APREENSÃO do(s) bem(ns) abaixo identificado(s) e quantificado(s): (Informar o estado do bem, o local de custódia)

4- FIEL DEPOSITÁRIO:

Fica nomeado depositário nos termos do disposto na legislação acima identificada:

Nome:	RG:	CPF:
-------	-----	------

Endereço:	Município:	CEP:
-----------	------------	------

Assinatura:

O depositário supracitado tem o dever de guarda, conservação e apresentação em condições idênticas àquelas em que recebeu os bens listados neste termo. É vedado o uso, consumo, alienação ou oneração dos bens mencionados. O descumprimento do encargo é infração administrativa passível de autuação.

I - AUTORIDADE

--

Autoridade assinatura

Local, data.

Testemunha Nome: CPF:	Testemunha Nome: CPF:
-----------------------------	-----------------------------

Responsável pelo estabelecimento Assinatura:	Nome: CPF: RG:
---	----------------------

