



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento – SEAPA/GO
Agência Goiana de Defesa Agropecuária - AGRODEFESA
Diretoria de Defesa Agropecuária - DDA
Gerência de Sanidade Animal

FORMULÁRIO PADRÃO

Nº 001/2025

**Versão:
02**

**Anexos:
1**

Pág 1/4

CADASTRO, ATUALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE APIÁRIOS

CADASTRO, ATUALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE APIÁRIOS

ANEXO 1

1 - Dados do apicultor (dono das abelhas) e propriedade (local onde estão as abelhas):

Nome do apicultor:	
CPF:	
E-mail do apicultor:	Telefone: ()
Nome da propriedade:	
Município da propriedade:	Inscrição Estadual:

Coordenadas da sede da propriedade:	
Latitude (S) [°] graus ['] minutos ["] segundos	
Longitude (W) [°] graus ['] minutos ["] segundos	
Nome do dono da propriedade:	CPF:
E-mail do dono da propriedade:	Telefone: ()

2 - Dados do Apiário / Meliponário:

Apiário 1 - Nome do Apiário ou Meliponário:	
Área destinada à criação de abelhas:	m ² Nº de colmeia (s)
Localização geográfica (GMS):	
Latitude (S) [°] graus ['] minutos ["] segundos	
Longitude (W) [°] graus ['] minutos ["] segundos	

Apiário 2 - Nome do Apiário ou Meliponário:	
Área destinada à criação de abelhas:	m ² Nº de colmeia (s)
Localização geográfica (GMS):	
Latitude (S) [°] graus ['] minutos ["] segundos	
Longitude (W) [°] graus ['] minutos ["] segundos	

Elaborado por:	Data	Aprovado por:	Data
Bruno Rodrigues de Pádua	13/05/2025	Denise Caroline Toledo	13/05/2025



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento – SEAPA/GO
Agência Goiana de Defesa Agropecuária - AGRODEFESA
Diretoria de Defesa Agropecuária - DDA
Gerência de Sanidade Animal

FORMULÁRIO PADRÃO

Nº 001/2025

**Versão:
02**

**Anexos:
1**

Pág 2/4

CADASTRO, ATUALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE APIÁRIOS

Apiário 3 - Nome do Apiário ou Meliponário:

Área destinada à criação de abelhas: m² N° de colmeia (s)

Localização geográfica (GMS):

Latitude (S) [] graus [] minutos [] segundos

Longitude (W) [] graus [] minutos [] segundos

Apiário 4 - Nome do Apiário ou Meliponário:

Área destinada à criação de abelhas: m² N° de colmeia (s)

Localização geográfica (GMS):

Latitude (S) [] graus [] minutos [] segundos

Longitude (W) [] graus [] minutos [] segundos

3 – Exploração Apícola:

Atividade:

[] independente [] Produtor cooperado/associado (Se for cooperado, preencher abaixo):

Cooperativa _____ Contato: _____

Processa pela cooperativa/associação:

[] Sim [] Não

Caso for cooperado/associado, informar forma de transporte:

Possui casa do mel própria:

[] Sim [] Não

Espécie:

[] *Apis mellifera* [] Outra – citar qual:

Produção de:

[] Mel [] Própolis [] Geleia real [] Pólen [] Cera [] Outro (citar):

Cria abelhas *Apis mellifera*:

[] Não [] Sim (informar a quantidade de colmeias nessa propriedade): _____

Criação comercial:

Elaborado por:	Data	Aprovado por:	Data
Bruno Rodrigues de Pádua	13/05/2025	Denise Caroline Toledo	13/05/2025



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento – SEAPA/GO
Agência Goiana de Defesa Agropecuária - AGRODEFESA
Diretoria de Defesa Agropecuária - DDA
Gerência de Sanidade Animal

FORMULÁRIO PADRÃO

Nº 001/2025

**Versão:
02**

**Anexos:
1**

Pág 3/4

CADASTRO, ATUALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE APIÁRIOS

☐ Sim ☐ Não

Compartilha material/equipamento com outros apicultores:

☐ Sim ☐ Não

Realiza migração de colmeias:

☐ Não ☐ Sim (dentro do Estado) ☐ Sim (fora do Estado)

Realiza produção de rainhas:

☐ Não ☐ Sim (para o próprio plantel) ☐ Sim (com venda para terceiros)

Origem dos enxames:

☐ Capturados ☐ Comprados ☐ Criados pelo apicultor

Origem das rainhas:

☐ Produção própria ☐ Substituição natural ☐ Aquisição de terceiros

Caso adquira de terceiros, informar:

Alimentação artificial:

☐ Não ☐ Sim (Citar): _____

Cria abelhas nativas (ASF):

☐ Não ☐ Sim (informar a quantidade de colmeias nessa propriedade): _____

Se criar abelhas nativas (ASF), informe as espécies que possui:

4 – Informações sanitárias:

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***Aethina tumida*** (pequeno **besouro** das colmeias) no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***Varroa*** no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***Nosema*** no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***Cria Pútrida Europeia*** no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***Cria Pútrida Americana*** no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Já observou a presença ou houve confirmação laboratorial de ***intoxicação por agrotóxicos*** no apiário/meliponário?

☐ Não ☐ Sim (observação) ☐ Sim (confirmação laboratorial)

Elaborado por:	Data	Aprovado por:	Data
Bruno Rodrigues de Pádua	13/05/2025	Denise Caroline Toledo	13/05/2025



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento – SEAPA/GO
Agência Goiana de Defesa Agropecuária - AGRODEFESA
Diretoria de Defesa Agropecuária - DDA
Gerência de Sanidade Animal

FORMULÁRIO PADRÃO

Nº 001/2025

**Versão:
02**

**Anexos:
1**

Pág 4/4

CADASTRO, ATUALIZAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DE APIÁRIOS

5. Responsabilidade pela Informação: Data do cadastro: ____ / ____ / ____

Declaro que as informações fornecidas são verdadeiras, ciente das responsabilidades legais conforme a Lei 13.998/2001.

Nome do informante:

Assinatura:

Documento de Identidade:

Nome do servidor:

Data:

Assinatura:

Elaborado por:	Data	Aprovado por:	Data
Bruno Rodrigues de Pádua	13/05/2025	Denise Caroline Toledo	13/05/2025