

**REQUERIMENTO PARA LICENCIAMENTO AMBIENTAL - SERVIÇOS DE SAÚDE****1. TIPO DE SOLICITAÇÃO**

- ( ) AUTORIZAÇÃO ( ) RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE INSTALAÇÃO  
( ) LICENÇA PRÉVIA ( ) LICENÇA DE OPERAÇÃO  
( ) LICENÇA DE INSTALAÇÃO ( ) RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE OPERAÇÃO  
( ) OUTROS (Especificar) \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO REQUERENTE (PESSOA FÍSICA/FUNCIONÁRIO)**

NOME		
RUA/AV/LOG		Nº
BAIRRO	MUNICÍPIO/UF	
CEP	FONE	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR

**3. DADOS DO PROPRIETÁRIO/EMPREENDEDOR**

NOME/RAZAO SOCIAL		
RUA/AV/LOG		Nº
BAIRRO	MUNICÍPIO/UF	
CEP	FONE	
CNPJ/CPF (MF)	INSC. ESTADUAL	

**4. RESPONSÁVEL TÉCNICO  (marque se forem os mesmos do requerente)**

NOME		
RUA/AV/LOG		Nº
BAIRRO	MUNICÍPIO/UF	
CEP	FONE	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR
CARGO/FUNÇÃO		REGISTRO PROFISSIONAL

**5. DADOS DO EMPREENDIMENTO  (marque se forem os mesmos do empreendedor)**

DESCRIÇÃO DO EMPREENDIMENTO		
RUA/AV/LOG		Nº
BAIRRO	MUNICÍPIO/UF	
CEP	FONE	

Nestes termos, pede deferimento:

Cabo de Santo Agostinho, de de

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente[www.cabo.pe.gob.br](http://www.cabo.pe.gob.br)CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - CAM  
Rua Manoel Queiroz da Silva, 145, Torrinha  
Cabo de Santo Agostinho-PE  
CEP: 54525-180 Fone: 3521.6679

**FORMULÁRIO PARA EMPREENDIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE****1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

RAZÃO SOCIAL

NOME PARA CONTATO

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nº REGISTRO CONSELHO PROFISSIONAL

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO / ESTADO

TELEFONE

FAX

E-MAIL

**2. TIPO DE ESTABELECIMENTO**CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA VETERINÁRIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LABORATÓRIO FARMÁCIA PRONTO SOCORRO HOSPITAIS   
Nº DE QUARTOS:OUTROS **3. INFRAESTRUTURA**

TAXA DE OCUPAÇÃO:

NÚMERO DE LABORATÓRIOS:

**4. FONTES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

POÇO

LICENÇA CPRH Nº

ÁGUAS SUPERFICIAIS (nome do rio/córrego)

REDE DE DISTRIBUIÇÃO PÚBLICA (anexar cópia da conta de água)

OUTRAS (Especificar)

## 5. ESGOTAMENTO SANITÁRIO

1. VAZÃO DE ESGOTOS SANITÁRIOS \_\_\_\_\_ m<sup>3</sup>/dia

2. EXISTÊNCIA DE ESTAÇÃO ELEVATÓRIA

3. DESTINO DOS ESGOTOS SANITÁRIOS:

3.1 SEM TRATAMENTO

FOSSA ABSORVENTE  GALERIA DE ÁGUAS PLUVIAIS  CURSO D'ÁGUA

3.2 COM TRATAMENTO PRELIMINAR

GRADE DE BARRAS  CAIXA DE AREIA

3.3 COM TRATAMENTO COMPLEMENTAR

FOSSA SÉPTICA / VALAS DE INFILTRAÇÃO  FOSSA SÉPTICA / SUMIDOURO

FOSSA SÉPTICA / FILTRO ANAERÓBIO  TANQUE IMHOFF

SISTEMAS DE LODOS ATIVADOS  OUTROS (Especificar) \_\_\_\_\_

DESINFECÇÃO DO EFLUENTE (Especificar) \_\_\_\_\_

NOME DO CORPO D'ÁGUA RECEPTOR \_\_\_\_\_

4. LANÇAMENTO DIRETO NA REDE COLETORA PÚBLICA

4.1 TIPO E NOME DA ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESGOTO ETE (Especificar)

4.2 ETE EM OPERAÇÃO: SIM  NÃO

4.3 NOME DO CORPO D'ÁGUA RECEPTOR \_\_\_\_\_

## 6. EMISSÕES ATMOSFÉRICAS

CALDEIRA  INCINERADOR  FORNO  POSSUI SISTEMA DE CONTROLE

NÃO POSSUI FONTE DE EMISSÃO  OUTROS (Especificar) \_\_\_\_\_

## 7. RESÍDUOS SÓLIDOS

Os hospitais deverão apresentar os seus Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de acordo com o Termo de Referência constante no Anexo I. Para os outros estabelecimentos prestadores de serviço de saúde, a CPRH poderá solicitar o referido Plano em função da especificidade do estabelecimento, ou tipo de resíduo por este gerado.

## 8. ROTEIRO



OBS.:  
RESPEITAR A POSIÇÃO  
DO NORTE VERDADEIRO

INFORMAR CLARAMENTE:

- COLEÇÕES HÍDRICAS MAIS PRÓXIMAS DO EMPREENDIMENTO
- CITAR E LOCALIZAR VIAS DE ACESSO
- MENCIONAR OCUPAÇÕES DAS ÁREAS VIZINHAS COM INDICAÇÕES DE DISTÂNCIA

## 9. LOCAL E DATA

10. NOME POR EXTENSO

11. CPF

ASSUMO SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA