



PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
SECRETARIA EXECUTIVA DE MEIO AMBIENTE

FORMULÁRIO AMBIENTAL PARA LICENCIAMENTO – SERVIÇOS DE SAÚDE

1. TIPO DE SOLICITAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Autorização	<input type="checkbox"/> Licença de Operação – LO		
<input type="checkbox"/> Licença Prévia – LP	<input type="checkbox"/> Renovação de Licença de Operação – RLO		
<input type="checkbox"/> Renovação de Licença Prévia – RLP	<input type="checkbox"/> Declaração Anual de Resíduos Sólidos Industriais – DARSI		
<input type="checkbox"/> Licença de Instalação – LI	<input type="checkbox"/> Outros (especificar):		
<input type="checkbox"/> Renovação de Licença de Instalação – RLI			
2. INFORMAÇÕES DO REQUERENTE			
Nome:			
CPF:	Identidade:		
Endereço:	Bairro:		
Município:	CEP:		
Complemento:	Estado:		
E-mail:	Fone/Fax:		
3. RESPONSÁVEL TÉCNICO			
<input type="checkbox"/> Marque se os dados forem os mesmos do requerente.			
CPF:	Identidade:		
Nome:			
Endereço:	CEP:		
Cargo/Função:	Fone/Fax:		
E-mail:	Reg. Profissional:		
4. DADOS DO EMPREENDIMENTO			
Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ/CPF:	Insc. Estadual:		
CNAE/Atividade Principal:			
Logradouro/Nº:	Bairro:		
Município:	CEP:		
Complemento:	Estado:		
E-mail Institucional:	Fone/Fax:		
Área Construída (m²):	Área Útil (m²):	Número Total de Empregados:	
5. ABASTECIMENTO DE ÁGUA			
<input type="checkbox"/> Rede pública	Consumo médio mensal (m³)		
<input type="checkbox"/> Poço próprio			
<input type="checkbox"/> Rio/córrego			
<input type="checkbox"/> Açude			
<input type="checkbox"/> Caminhão pipa			
<input type="checkbox"/> Outros (especificar):			
6. EFLUENTES LÍQUIDOS SANITÁRIOS			
O local é servido por rede coletora?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
Qual o sistema de tratamento existente?	<input type="checkbox"/> Fossa Absorvente <input type="checkbox"/> Fossa Séptica/Filtro Anaeróbico <input type="checkbox"/> Fossa Séptica/Sumidouro <input type="checkbox"/> Fossa Séptica/Valas de Infiltração <input type="checkbox"/> Lodos Ativados <input type="checkbox"/> Reator Anaeróbico <input type="checkbox"/> Estação de Tratamento de Efluentes Sanitários - ETE <input type="checkbox"/> Outros (especificar)		



PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
SECRETARIA EXECUTIVA DE MEIO AMBIENTE

Indique a disposição final do efluente líquido sanitário tratado (corpo receptor):	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Canal <input type="checkbox"/> Córrego <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rio <input type="checkbox"/> Riacho <input type="checkbox"/> Reutilizado para irrigação <input type="checkbox"/> Outros (especificar):
--	--

7. EMISSÕES ATMOSFÉRICAS

Tipo de equipamentos Geradores da Emissão	Possui Equipamento de Controle da Emissão Atmosférica?	Se sim, indique qual(is):
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

8. RESÍDUOS SÓLIDOS GERADOS

Observação: Os hospitais deverão apresentar seus Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de acordo com o Termo de Referência constante no Anexo I.

TIPO	DESTINO

9. RESÍDUOS RADIOATIVOS: sim não

TIPO	DESTINO

10. RESÍDUOS TÓXICOS: sim não

TIPO	DESTINO

11. CROQUI DA LOCALIZAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
SECRETARIA EXECUTIVA DE MEIO AMBIENTE

Norte Verdadeiro

N



Ponto de Referência:

12. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL OU RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome Legível:

CPF:

Local e Data:

Assinatura:

ASSUMO A RESPONSABILIDADE, SOB PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES DECLARADAS SÃO VERDADEIRAS.