

FORMULÁRIO PARA EMPREENDIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
ATIVIDADE DO EMPREENDIMENTO			
RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO/LOCALID./DISTR.:			CEP:
MUNICÍPIO:			UF:
TELEFONE:	INSC. MUNICIPAL:		
CNPJ:	INSC. ESTADUAL:		
NOME DO RESPONSÁVEL PELO EMPREENDIMENTO:			
TELEFONE:	E-MAIL:		
RESPONSÁVEL TÉCNICO:			
Nº REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:			
DIAS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO			
_____ das _____ às _____ e _____ das _____ às _____			

2. TIPO DE ESTABELECIMENTO							
CLÍNICA MÉDICA		CLÍNICA VETERINÁRIA		CLÍNICA ODONTOLÓGICA		LABORATÓRIO	
HOSPITAIS		PRONTO SOCORRO		FARMÁCIA		OUTROS	
ESPECIFICAR:							

3. ÁREA DO EMPREENDIMENTO		
ÁREA TOTAL DO TERRENO (m ²)	ÁREA OCUPADA (m ²)	ÁREA LIVRE (m ²)
Observação: incluir todas as áreas de administração e serviços vinculados ao empreendimento, e depósito(s).		
Nº DE SALAS DE ATENDIMENTO	Nº DE LABORATÓRIOS	Nº DE AMBULATÓRIOS
Nº DE ENFERMARIAS	Nº DE QUARTOS	Nº DE LEITOS

4. FONTES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA UTILIZADA						
4.a ORIGEM						
REDE PÚBLICA		BARRAGEM		POÇO		Nº DE LICENÇA CPRH
OUTROS (especificar):						

5. ESGOTAMENTO SANITÁRIO					
5.a DESTINO					
SEM TRATAMENTO		COM TRATAMENTO PRELIMINAR		COM TRATAMENTO COMPLEMENTAR	
FOSSA ABSORVENTE		EXISTÊNCIA DE ESTAÇÃO ELEVATÓRIA		FOSSA SÉPTICA/VALAS DE INFILTRAÇÃO	
GALERIA DE ÁGUAS PLUVIAIS		GRADE DE BARRAS		FOSSA SÉPTICA/SUMIDOURO	
CURSO D'ÁGUA		CAIXA DE AREIA		FOSSA SÉPTICA/FILTRO ANAERÓBIO	
LANÇAMENTO DIRETO NA REDE COLETORA PÚBLICA				TANQUE IMHOFF	
				DESINFECÇÃO DO EFLUENTE (Especificar)	
OUTROS (Especificar)					

6. AGENTES POLUIDORES					
6.a EMISSÕES ATMOSFÉRICAS					
POSSUI SISTEMA DE CONTROLE	POSSUI CALDEIRA	POSSUI FORNO	POSSUI INCINERADOR	LOCALIZAÇÃO DA CHAMINÉ	ALTURA DA CHAMINÉ
SIM	SIM	SIM	SIM		
NÃO	NÃO	NÃO	NÃO		
OUTRAS EMISSÕES ATMOSFÉRICAS:					
6.b RESÍDUOS DIVERSOS (3 e 4 se existe quais são e indicar providências)					
1 - LÍQUIDOS			2 - SÓLIDOS		
3 - TÓXICOS			4 - RADIOATIVOS		
5 - RESÍDUOS HOSPITALARES					
(Os hospitais deverão apresentar os seus Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de acordo com a resolução RDC-ANVISA nº 306/2004 e a Lei de Resíduos Sólidos 12.305/10. Para os outros estabelecimentos prestadores de serviço de saúde deverá ser apresentado plano em função da especificidade do estabelecimento, ou tipo de resíduo por este gerado.)					

7. ATESTADO DE REGULARIDADE DO CORPO DE BOMBEIROS	
PROTOCOLO Nº:	
PROJETO DE INCÊNDIO Nº:	
CÓDIGO DE AUTENTICAÇÃO:	
DATA DE VALIDADE:	

8. CROQUIS DA LOCALIZAÇÃO DO EMPENDIMENTO

N



INFORMAR CLARAMENTE:

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

LOCAL E DATA

NOME POR EXTENSO

CPF

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

ASSINATURA

REQUERIMENTO PARA ANUÊNCIA AMBIENTAL

Nº DE PROTOCOLO

COM FINALIDADE DE LICENCIAMENTO E EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ

Requeiro a V. Sª. Carta de Anuência Ambiental para fins abaixo descrito, do qual dou ciência de minhas atividades em descritivo formulário em anexo, sabendo que a Secretaria de Meio Ambiente do Município de Buíque terá um prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de solicitação, para deferir ou indeferir o presente requerimento, ressalvados os casos em que houver necessidade de elaboração de Estudos de Impacto Ambiental - EIA e respectivo Relatório de Impacto Ambiental - RIMA, ou audiência pública, quando o prazo será de até 90 (noventa) dias, de acordo com a Resolução nº 237, de 19 de dezembro de 1997, do CONAMA.

1. TIPO DE CARTA DE ANUÊNCIA

- () Licença Prévia -LP () Alvará de Funcionamento - AF
() Licença de Instalação- LI () Licença de Operação- LO
() Autorização de Funcionamento Temporário
() Outros (especificar): _____

2. DADOS DO REQUERENTE (PESSOA FÍSICA/FUNCIONÁRIO)

Nome: _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro/Localidade/Distrito: _____ Município: _____
UF: _____ CEP: _____ - _____ Fone: (____) _____ Fone: (____) _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Emissão: _____

3. DADOS DO PROPRIETÁRIO / EMPREENDEDOR

Nome do Proprietário: _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro/Localidade/Distrito: _____ Município: _____
UF: _____ CEP: _____ - _____ Fone: (____) _____ Fone: (____) _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Emissão: _____

4. RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro/Localidade/Distrito: _____ Município: _____
UF: _____ CEP: _____ - _____ Fone: (____) _____ Fone: (____) _____
Cargo/Função: _____ Registro Profissional: _____

5. DADOS DO EMPREENDIMENTO

Descrição: _____ Nome Fantasia: _____
Razão Social: _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro/Localidade/Distrito: _____ Município: _____
UF: _____ CEP: _____ - _____ Fone: (____) _____ Fone: (____) _____
CNPJ/CPF: _____ Insc. Estadual: _____

Nestes termos pede deferimento.

Buíque, _____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do Requerente)