

REQUERIMENTO PARA LICENCIAMENTO AMBIENTAL

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/RAZÃO SOCIAL			
RUA/AV/LOG			Nº
BAIRRO		MUNICÍPIO/UF	
CEP		FONE	
CNPJ/CPF (MF)		INSC. ESTADUAL	
4. RESPONSÁVEL TÉCNICO <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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

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 ESTABELECIMENTOCLÍNICA MÉDICA CLÍNICA VETERINÁRIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LABORATÓRIO FARMÁCIA PRONTO SOCORRO HOSPITAIS OUTROS **3. INFRAESTRUTURA**

NÚMERO DE LEITOS:

NÚMERO DE LABORATÓRIOS:

NÚMERO DE LEITOS:

TAXA DE OCUPAÇÃO:

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 SANITÁRIO1. VAZÃO DE ESGOTOS SANITÁRIOS _____ m³/dia2. 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 ATMOSFÉRICASCALDEIRA 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