



**01- IDENTIFICAÇÃO DO IMÓVEL**

NOME DO PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL

ENDEREÇO DA EDIFICAÇÃO / LOTE (RUA, AV.)

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

REFERÊNCIA

RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE

NOME FANTASIA

POSSUI PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA SLU?

NÃO

SIM - PROTOCOLO DE RECEBIMENTO N.º \_\_\_\_\_

**02- GERAÇÃO DE RESÍDUOS**

INFORMAR A ESTIMATIVA DE GERAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS EM LITROS/DIA:

GRUPO A (INFECTANTE / BIOLÓGICO) : \_\_\_\_\_

GRUPO B (QUÍMICOS) : \_\_\_\_\_

GRUPO D (COMUNS) : \_\_\_\_\_

GRUPO E (PERFUROCORTANTE) : \_\_\_\_\_

**03- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**04- DECLARANTE**

DECLARO QUE AS CARACTERÍSTICAS DE LOCALIZAÇÃO / CONSTRUÇÃO E OS PROCEDIMENTOS PARA USO DO SISTEMA DE ARMAZENAMENTO EXTERNO DE RESÍDUOS SÓLIDOS GERADOS NO ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, OBEDECERÁ AS DETERMINAÇÕES DA NORMA TÉCNICA SLU/PBH Nº 001/2008 - PORTARIA 127/2008 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2008.

NOME DO REQUERENTE

DATA

ASSINATURA

**05- CROQUI**

APRESENTAR O CROQUI DO LOCAL DE ARMAZENAMENTO DE RESÍDUOS CONSTANDO A PROJEÇÃO DOS CONTENEDORES:

**06- USO EXCLUSIVO DA SLU**

DEFERIDO

INDEFERIDO

MOTIVO : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE

MATRÍCULA : \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_