



CADASTRO DE ESTABELECIMENTO GERADOR DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (R.S.S)

Nº de controle _____ Data de início da atividade: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Razão social _____,
(rua/av.) _____,
nº _____, complemento _____,
bairro _____, cidade _____,
estado _____, CEP _____,
telefone _____, email _____.

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome _____,
(rua/av.) _____,
nº _____, complemento _____,
bairro _____, cidade _____,
estado _____, CEP _____, inscrição no conselho regional _____,
telefone _____, email _____.

PREVISÃO DE GERAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Preencher apenas uma das opções (A, B ou C):

	Quantidade de sacos	Volume(em litros)
<input type="checkbox"/> A - Diário	_____ sacos de 30 litros	em um total de _____ litros
<input type="checkbox"/> B - Semanal	_____ sacos de 50 litros	em um total de _____ litros
<input type="checkbox"/> C - Mensal	_____ sacos de 100 litros	em um total de _____ litros
	_____ sacos totais	_____ litros totais

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO GERADOR

Domingo das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Segunda-feira das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Terça-feira das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Quarta-feira das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Quinta-feira das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Sexta-feira das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .
 Sábado das _____ : _____ às _____ : _____ e das _____ : _____ às _____ : _____ .

A não entrega deste formulário, assim como qualquer alteração nas informações acima, deverá ser comunicada imediatamente á Secretaria de Serviços Urbanos, sob pena de suspensão dos serviços de coleta de resíduos sólidos dos serviços de saúde. Dúvidas, reclamações ou esclarecimentos podem ser obtidos através do telefone (011)4542-7100 ou o email ssu@maua.sp.gov.br.

Mauá, _____ de _____ de _____.

Responsável (Assinatura e Carimbo)

Atendente (Nome e Assinatura)