



**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
	_____ <b>sacos totais</b>	_____ <b>litros totais</b>

**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 à 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](mailto:ssu@maua.sp.gov.br).

Mauá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável (Assinatura e Carimbo)

\_\_\_\_\_  
Atendente (Nome e Assinatura)