



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

_____, portador do CPF/CNPJ nº _____

(Nome / Razão Social)

venho por meio deste requer análise das informações anexas para solicitação de _____,

(Tipo de Documento Licenciatório)

para a atividade de _____

(Descrição da Atividade)

Nestes termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal/Procurador Legal: _____

Nome legível: _____

Endereço completo: _____

Telefone p/contato: _____

À Secretaria Municipal da Agricultura, Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico

Prefeitura Municipal de Pejuçara

Rua Alcides Frederico Linassi, nº 687 – Bairro Centro

Pejuçara – CEP 98270-000

Caso seja assinado por terceiros, este requerimento deverá ser acompanhado de Procuração Simples para esta finalidade.



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREENDEDOR

NOME / RAZÃO SOCIAL		
CNPJ		
CPF		
End.		n°
Bairro	CEP	Município
Telefone ()	FAX ()	e-mail
End. p/ correspondência:		n°
Bairro	CEP	Município
Contato - Nome		Cargo
Telefone p/ contato ()	FAX ()	e-mail

2. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE/ EMPREENDIMENTO

Atividade	Código do ramo*
Endereço	
Logradouro (Rua, Av., Linha, Picada, etc.)	
n.º(km)	Bairro/Distrito
CEP:	Município

* de acordo com a tabela de atividades da FEPAM

Coordenadas geográficas * (Lat/Long) no Sistema Geodésico, SIRGAS 2000																					
Lat. (☹)	-									Long (+)	·										
Responsável pela leitura no GPS																					
Nome: _____												Telefone: (____) _____									
Profissão: _____												Nº Registro no Conselho Profissional: _____									

* Lat: Latitude; Long: Longitude

Atividade/empreendimento será implantado em:
<input type="checkbox"/> área virgem
<input type="checkbox"/> área utilizada para atividade anterior
<input type="checkbox"/> prédio existente
<input type="checkbox"/> prédio utilizado para atividade anterior
<input type="checkbox"/> outro. Identifique: _____

3. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO AO DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE

Tipo de documento a ser solicitado:	
<input type="checkbox"/> Licença Prévia	
<input type="checkbox"/> Licença de Instalação	
<input type="checkbox"/> Licença de Operação	
<input type="checkbox"/> Licença de Operação e Regularização	
Tipo de documentação:	
<input type="checkbox"/> Primeira solicitação deste tipo de documento	<input type="checkbox"/> Renovação

4. INFORMAÇÕES GERAIS

4.1. Indique a atividade:

<input type="checkbox"/> Laboratório de Análises Físico-químicas/ Clínicas/ Toxicológicas
<input type="checkbox"/> Hospitais com Procedimentos Complexos*
<input type="checkbox"/> Hospitais sem Procedimentos Complexos
<input type="checkbox"/> Clínicas Médicas com Procedimentos Complexos*



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

Clínicas Médicas sem Procedimentos Complexos (inclusive ambulatórios e postos de saúde)

Hospitais/ Clínicas Veterinárias

*Define-se como empreendimentos complexos os empreendimentos que possuem uma ou mais das seguintes unidades: quimioterapia, laboratório de anatomia patológica e patologia clínica, urgência/emergência, serviços de hematologia, diálise e hemodiálise, medicina nuclear e/ou radioterapia, tratamento de resíduos de saúde.

4.2. Informe o regime de funcionamento e número de funcionários:

Período de funcionamento		Horários dos turnos			Total de funcionários	
Horas/dia	Dias/mês	Manhã	Tarde	Noite	Operação	Administração
		às	às	às		

4.3. Indique o consumo médio mensal de energia na unidade, em kwh:

4.4. Informe as áreas do empreendimento:

4.4.1	Área total do terreno (m ²):	
4.4.2	Área construída/a ser construída total (m ²):	
4.4.3	Área prevista para as atividades ao ar livre (m ²):	
4.4.4	Área útil total (m ²)	

Áreas administrativas, refeitório, almoxarifado, estacionamento, pátio de manobras, etc.

Obs.: A área útil total deve ser o somatório da área construída/a ser construída total e da área prevista para as atividades ao ar livre.

4.5 Caracterize a localização da indústria pela Legislação Municipal:

	Localização
<input type="checkbox"/>	Zona urbana
<input type="checkbox"/>	Zona rural

4.5.1. Se a indústria localiza-se em zona urbana assinale com um "X" no quadro correspondente:

	Caracterização da Zona Urbana
<input type="checkbox"/>	Zona residencial
<input type="checkbox"/>	Zona de transição
<input type="checkbox"/>	Zona mista
<input type="checkbox"/>	Zona industrial
<input type="checkbox"/>	Outras

4.5.2. Caracterize a vizinhança:

	Vizinhança	Distância Aproximada
<input type="checkbox"/>	Residência	m
<input type="checkbox"/>	Comércio	m
<input type="checkbox"/>	Indústria	m
<input type="checkbox"/>	Escola	m
<input type="checkbox"/>	Outras. Especificar quais:	m

4.6 Indique quais as fontes de abastecimento de água:

	Fonte de Abastecimento	Vazão (m ³ /dia)
<input type="checkbox"/>	Rede pública	



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

<input type="checkbox"/>	Poço	
<input type="checkbox"/>	Rios, arroios ou lagos. Especificar o nome:	
<input type="checkbox"/>	Açude	
<input type="checkbox"/>	Barragem de acumulação	
<input type="checkbox"/>	Reuso de efluentes	
<input type="checkbox"/>	Outras. Especificar quais:	

4.7 Indique para quais **finalidades** a água é utilizada no empreendimento:

	Finalidade	Vazão (m³/dia)	Fonte de abastecimento
<input type="checkbox"/>	Sanitários		
<input type="checkbox"/>	Refeitório		
<input type="checkbox"/>	Laboratórios		
<input type="checkbox"/>	Lavagem de pisos e equipamentos		
<input type="checkbox"/>	Lavanderia		
<input type="checkbox"/>	Higienização		
<input type="checkbox"/>	Refrigeração com circuito aberto		
<input type="checkbox"/>	Refrigeração com circuito fechado		
<input type="checkbox"/>	Outras. Especificar quais:		

Obs.: Água de reposição é a água necessária para repor perdas ocorridas, tais como por evaporação, incorporação ao produto, etc.

5. INFORMAÇÕES SOBRE A ATIVIDADE DESENVOLVIDA:

5.1 Procedimentos realizados:

<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Tratamentos de Resíduos de Serviço de Saúde
<input type="checkbox"/>	Laboratório de Anatomia Patológica e Patologia Clínica	<input type="checkbox"/>	Lavanderia
<input type="checkbox"/>	Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/>	Diálise e Hemodiálise
<input type="checkbox"/>	Serviço de Hematologia	<input type="checkbox"/>	Centro Cirúrgico e/ ou Obstétrico
<input type="checkbox"/>	Serviço de Diagnóstico por Imagem	<input type="checkbox"/>	Necrotério
<input type="checkbox"/>	Serviço de Bioquímica	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Efluentes Líquidos
<input type="checkbox"/>	Serviço de Parasitologia	<input type="checkbox"/>	Medicina Nuclear e/ ou Radioterapia
<input type="checkbox"/>	Serviço de Toxicologia Analítica	<input type="checkbox"/>	Sistema de Armazenamento de Gases Medicinais
<input type="checkbox"/>	Serviço de Microbiologia	<input type="checkbox"/>	Sistema de Armazenamento de Combustíveis
<input type="checkbox"/>	Serviço de Imunologia	<input type="checkbox"/>	Serviço de Análises Físico-químicas
<input type="checkbox"/>	Serviço de Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/>	Outras. Especificar quais:

5.2 Descrição da capacidade operacional:

Unidade ou Serviço	Número de Leitos (Hospitais)	Área (m²)



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

TOTAL:		

6. INFORMAÇÕES SOBRE O MANEJO DE RESÍDUOS SÓLIDOS:

OBS: Caso o empreendimento seja “Prestador de Serviço de Saúde” preencher o item 6.1, em caso negativo preencher o item 6.2.

6.1. Geração de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS (conforme classificação de resíduos da Resolução CONAMA 358/05 e RDC ANVISA 306/04).

Classificação	Quantidade (m ³ /mês)
Grupo A	
Grupo B	Sólidos
	Líquidos
Grupo C	
Grupo D	Orgânicos
	Recicláveis
Grupo E	

6.2. Geração de Resíduos Perigosos e Não Perigosos (conforme classificação de resíduos da ABNT NBR 10.004/04).

Classificação	Quantidade (kg/mês)
Classe I	
Classe II	II A
	II B

6.3. Segregação e Acondicionamento dos Resíduos

6.3.1. O empreendimento realiza a segregação dos resíduos sólidos nas unidades geradoras?

Sim Não

6.3.2. É realizada a identificação com simbologia de risco? Sim Não

6.3.3. O empreendimento possui Plano de Gerenciamento de Resíduos? Sim Não

6.3.4. Há um responsável técnico pelo gerenciamento de Resíduos? Sim Não

OBS.: Caso o empreendimento seja “Prestador de Serviços de Saúde” preencher o item 6.3.5, em caso negativo preencher o item 6.3.6.

6.3.5. Identifique como é realizado o acondicionamento dos resíduos (conforme classificação de resíduos da Resolução CONAMA 358/05 e RDC ANVISA 306/04).

Classificação	Acondicionamento
Grupo A	



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

Grupo B	Sólidos
	Líquidos
Grupo C	
Grupo D	Orgânicos
	Recicláveis

6.3.6. Identifique como é realizado o acondicionamento dos resíduos (conforme classificação de resíduos da ABNT NBR 10.004/04).

Classificação	Quantidade (kg/mês)
Classe I	
Classe II	II A
	II B

6.4. Armazenamentos dos Resíduos

6.4.1. Identifique a forma de armazenamento dos resíduos:

Abrigo	Piso Impermeabilizado	Exclusivo para RSS	Ponto de Água	Ralo Sifonado	Contenção	Iluminação Adequada	Câmara fria	Placa de Identificação
Temporário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5. Quanto à coleta externa (transporte), tratamento e destinação final dos Resíduos.

OBS.: Caso o empreendimento seja "Prestador de Serviços de Saúde" preencher o item 6.5.1, em caso negativo preencher o item 6.5.2.

6.5.1. Identifique as empresas que realizam o transporte, tratamento (quando houver) e destinação final dos resíduos (conforme classificação de resíduos da Resolução CONAMA 358/05 e RDC ANVISA 306/04).

Resíduo	Transporte	Tratamento	Destinação Final
A			
B			
C			
D			
E			



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

6.5.2. Identifique as empresas que realizam o transporte, tratamento (quando houver) e destinação final dos resíduos (conforme classificação de resíduos da ABNT NBR 10.004/04).

Resíduo	Transporte	Tratamento	Destinação Final
I			
II	II A		
	II B		

6.6. O empreendimento possui sistema de tratamento de resíduos? Sim Não

6.7. Caso a resposta anterior seja afirmativa, especifique o método e tipo de resíduo tratado.

--

6.8. Os resíduos químicos líquidos são submetidos a prévio tratamento no empreendimento antes de descartados?

Sim Não

6.9. Caso a resposta anterior seja afirmativa, especifique o método.

--

6.10. Como é realizado o armazenamento e disposição final de lâmpadas fluorescentes e termômetros inutilizados/ quebrados (se houver)?

--

7. INFORMAÇÕES SOBRE PRODUTOS QUÍMICOS/ EXPLOSIVOS ARMAZENADOS

7.1. Indique a forma de armazenamento das seguintes substâncias, com quantidade e a capacidade de cada produto:

Forma de Armazenamento	Substâncias			
	Combustíveis	Matérias-primas	Insumos/ Medicamentos	Outros
Depósito fechado ou refrigerado				
Depósito aberto sem cobertura				
Depósito aberto com cobertura				
Depósito fechado com piso impermeabilizado				
Depósito com contenção de vazamento				
Outra forma (especificar)				



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

8. INFORMAÇÕES SOBRE EFLUENTES LÍQUIDOS

Efluentes líquidos são todos os despejos, na forma líquida, gerados em qualquer atividade. **Efluentes líquidos domésticos** são provenientes de banheiros (chuveiros e vasos sanitários), de refeitórios, de vestiários, etc. **Efluentes líquidos industriais** são os provenientes das atividades desenvolvidas pela empresa (águas resultantes do processo produtivo, lavagem de pisos, lavagem de equipamentos, lavagem de veículos, águas geradas nas áreas de utilidades, como caldeiras, torres de resfriamento, etc.). **Atentar que 1 m³ = 1.000 litros**

8.1. Efluentes líquidos sanitários

8.1.1. Indique a vazão para os efluentes líquidos sanitários: (m³/dia)

Obs: Considerar que um funcionário gera de 70 a 150 litros de efluentes por dia.

8.1.2. Indique qual o sistema de tratamento a ser utilizado para os efluentes líquidos sanitários:

	Sistema de tratamento
<input type="checkbox"/>	Fossa séptica
<input type="checkbox"/>	Fossa séptica e filtro anaeróbio
<input type="checkbox"/>	Sumidouro
<input type="checkbox"/>	Fossa séptica e sumidouro
<input type="checkbox"/>	Sistema de tratamento de efluentes líquidos industriais
<input type="checkbox"/>	Não possui sistema de tratamento
<input type="checkbox"/>	Outro, especificar qual:

8.1.3. Indique o local do lançamento dos efluentes líquidos sanitários:

	Corpo receptor
<input type="checkbox"/>	Rede pública canalizada
<input type="checkbox"/>	Valão a céu aberto
<input type="checkbox"/>	Rio, arroio, lago
<input type="checkbox"/>	Solo
<input type="checkbox"/>	Outro, especificar qual:

8.1.4. Se ocorrer lançamento em recurso hídrico superficial, informe:

Nome do rio/arroio	
Distância mínima entre este e os limites da área do empreendimento (m)	

8.1.5. Nos demais casos, cite o nome do rio/arroio mais próximo:

Nome do rio/arroio	
Distância do empreendimento (m)	

8.2. Efluentes líquidos do processo

8.2.1. Indique as atividades onde são gerados efluentes líquidos:

Atividade	Vazão (m ³ /dia)



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

8.2.2. Indique a vazão total de efluentes líquidos do processo:

Vazão	Quantidade (m ³ /dia)
Atual	
Máxima	

8.2.3. O empreendimento possui algum tipo de sistema de tratamento para os efluentes líquidos gerados?

Sim Não

8.2.4. Caso a resposta anterior seja afirmativa, apresente croqui do(s) sistema(s) de tratamento existente(s) para os efluentes líquidos gerados e indique, no mesmo, todas as entradas e saídas dos efluentes em cada etapa do sistema. Apresente como anexo, indicando-o abaixo:

--

8.2.5. Identifique os principais unidades/equipamentos do sistema de tratamento de efluentes líquidos:

Equipamento	Capacidade (m ³)	Medidas (LxAxP)	Quantidade

8.2.6. Existe(m) medidor(es) de vazão para os efluentes líquidos do processo? Sim Não

8.2.7. Se a resposta for afirmativa, indique:

Localização (Equipamento)	Tipo de Medidor

8.2.8. Ocorre lançamento de efluentes líquidos (mesmo que eventual)? Sim Não

8.2.9. Se a resposta foi afirmativa, indique o local de lançamento (corpo receptor) dos efluentes líquidos:

	Corpo receptor
<input type="checkbox"/>	Rede pública canalizada
<input type="checkbox"/>	Valão a céu aberto
<input type="checkbox"/>	Rio, arroio, lago
<input type="checkbox"/>	Solo. Especificar:
<input type="checkbox"/>	Envio para tratamento em outro local. Indique a razão social e o endereço do local:
<input type="checkbox"/>	Outro, especificar qual:



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

8.2.10. Se ocorrer lançamento em recurso hídrico superficial (rio/arroio), informe:

Nome do rio/arroio	Vazão (L/s)	Largura (m)	Profundidade (m)																
Coordenadas geográficas * (Lat/Long) no Sistema Geodésico, SIRGAS 2000																			
Lat. (°)	-		Long (′)	+															

8.2.11. Indique os principais usos dos recurso hídrico superficial (rio/arroio):

Antes do lançamento:	
Depois do Lançamento:	

8.2.12. Nos demais casos, cite o nome do rio/arroio mais próximo:

8.2.13. Há reutilização do efluente tratado na unidade? Sim Não

8.2.14. Se a resposta foi afirmativa, indique a finalidade.

--

9. INFORMAÇÕES SOBRE EMISSÕES ATMOSFÉRICAS, RUÍDO E MEDIDAS DE CONTROLE

Emissão é o lançamento na atmosfera de qualquer forma de matéria sólida, líquida ou gasosa. **Controle de emissões** são os procedimentos destinados à redução ou à preservação da liberação de poluentes para a atmosfera. **Ruído** é qualquer som que cause ou tenda causar perturbações ao sossego público ou produzir efeitos psicológicos e/ ou fisiológicos negativos em seres humanos e animais.

9.1. O empreendimento utiliza combustíveis para fins de geração de energia? Sim Não

9.2. Se a resposta foi afirmativa, indique o(s) tipo(s) e informe a quantidade diária de combustível, nas unidades de medida indicadas.

	Combustível	Quantidade/Dia
<input type="checkbox"/>	Lenha	m ³ /dia
<input type="checkbox"/>	Gás	Kg/dia
<input type="checkbox"/>	Óleo Combustível	l/dia
<input type="checkbox"/>	Outros, especificar:	/dia

9.3. Descreva os equipamentos geradores de emissões atmosféricas:

Equipamento	Tipo de Combustível	Consumo combustível/dia

9.4. Descreva as medidas de controle de emissões:



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

9.5. Descreva a(s) fonte(s) de ruído:

10. RECURSOS HÍDRICOS

10.1. Existem corpos hídricos próximos ou dentro da área do empreendimento? Sim Não

10.1.1. Caso de resposta afirmativa, quanto ao corpo hídrico (rio/nascente), informe:

Nome	Vazão Média (L/s)	Vazão Crítica (L/s)	Largura (m)	Profundidade (m)	Distância do Empreendimento (m)

Obs: vazão crítica é a vazão mínima no período de estiagem.

10.2. Existem nascentes (olhos d'água) próximos ou na área do empreendimento? Sim Não

10.2.1. Em caso afirmativo aponte as coordenadas geográficas (Lat/Long) no Sistema Geodésico SIRGAS2000 – formato decimal:

Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.										
----------	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.3. Existem banhados próximos ou na área do empreendimento? Sim Não

10.3.1. Em caso afirmativo aponte as coordenadas geográficas (Lat/Long) no Sistema Geodésico – formato decimal:

Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.										
----------	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. SOLO ORGÂNICO

11.1. Haverá remoção de solo orgânico? Sim Não Volume estimado (m³):

11.1.1. Forma de estocagem e preservação do solo orgânico para utilização na recuperação topográfica e de área degradada ou como material de cobertura (apontar coordenadas geográficas traçando o polígono do estoque):

<input type="checkbox"/>	Leiras	Altura (m):	Comprimento (m):
<input type="checkbox"/>	Pilhas	Altura (m):	Área (m²):
<input type="checkbox"/>	Outros – Descrever:		

Obs: o solo removido deverá obrigatoriamente permanecer dentro dos limites da área licenciada.

11.1.2. Coordenadas geográficas (Lat/Long) no Sistema Geodésico SIRGAS2000 – formato decimal

Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.									
Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.									
Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.									
Lat. (°)	-			.												Long (°)	-			.									

11.2. Cobertura Prevista? Sim Não



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

11.2.1. Descrever o material e a forma da cobertura:

12. INFORMAÇÕES SOBRE INTERVENÇÃO EM VEGETAÇÃO NATIVA

12.1. Haverá supressão de vegetação/corte de exemplares nativos? Sim Não

12.1.1. Em caso afirmativo, informar:

Tipo: <input type="checkbox"/> Mata Atlântica <input type="checkbox"/> Outros – Especificar:
Classificação: <input type="checkbox"/> Pioneira <input type="checkbox"/> Estágio inicial de regeneração <input type="checkbox"/> Outros – Especificar:
Área de vegetação a ser suprimida: hectares
Principais espécies nativas objeto de corte e n° de exemplares por espécie:
Cubagem da madeira a ser extraída, volume em m ³ : (toras); Vol. em m st : (lenha)
Haverá necessidade de emissão de Documento de Origem Florestal (DOF/IBAMA): Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Apresentar guia de recolhimento com comprovante de pagamento de taxa ao FUNDEFLO (www.sema.rs.gov.br + Licenciamento Florestal), considerando o item IV – Atividades, Obras e Empreendimentos: Licenciamento florestal.
<i>Obs.: Os estágios sucessoriais deverão seguir as Resoluções CONAMA 10/93 e 33/94. Deverá ser cumprido o art. 19º, do Decreto Federal nº 6660/2008, quando couber.</i>

13. PASSIVOS AMBIENTAIS

13.1. Existe passivo ambiental na área a ser utilizada pelo empreendimento? Sim Não

13.1.1. Em caso afirmativo, informe o passivo ambiental existente:

Tipo de Resíduo	Quantidade Armazenada	Unidade de Medida	Acondicionamento	Armazenamento

14. QUANTO À LOCALIZAÇÃO DO EMPREENDIMENTO EM RELAÇÃO ÀS UNIDADES DE CONSERVAÇÃO

Informe, **OBRIGATORIAMENTE**, a localização do empreendimento em relação às Unidades de Conservação (UC), que se encontram definidas na Lei Federal N.º 9.985/2000, que institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza:

1. Não há U.C. em um raio de 10 km da localização do empreendimento	
2. Dentro dos limites de uma Unidade de Conservação	
3. Dentro de um raio de até 10 km de uma Unidade de Conservação – Zona de Amortecimento	
4. Dentro da poligonal determinada pelo Plano de Manejo	

Se houver UC (situações 2 a 4), assinale o âmbito do Gestor da UC:

Municipal	Especificar o nome da UC:
Estadual	Especificar o nome da UC:
Federal	Especificar o nome da UC:

Observação 1: esta informação poderá ser obtida junto ao DUC/DEFAP, através do e-mail duc-defap@sema.rs.gov.br

Observação 2: caso tenha assinalado opção 2 e o “Gestor da UC” é Federal, o licenciamento ambiental será realizado pelo IBAMA.

Observação 3: caso tenha assinalado opção 2 e o “Gestor da UC” é Estadual ou Municipal, deverá ser encaminhado cópia dos documentos em meio digital quando do protocolo do processo administrativo junto ao órgão ambiental.

Observação 4: caso tenha assinalado a opção 3 ou 4, deverá ser encaminhado cópia dos documentos em meio digital quando do protocolo do processo administrativo junto ao órgão ambiental.

15. IDENTIFICAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PELO PREENCHIMENTO



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

Nome:		ART nº:	
Nome:		ART nº:	
Endereço:			nº:
Bairro:	CEP:	Município:	
Telefone: ()	Fax: ()	Celular: ()	
E-mail:		CPF/CNPJ:	
Assinatura:		Carimbo da Empresa ou do Profissional:	

16. RESPONSÁVEL LEGAL DA EMPRESA

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas no presente formulário.		
Nome:		Cargo:
Data: ____/____/____	Assinatura: _____	Carimbo da Empresa:

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS JUNTAMENTE COMO FORMULÁRIO PREENCHIDO:

Na solicitação da LICENÇA PRÉVIA (LP) OU LICENÇA PRÉVIA de AMPLIAÇÃO:

1	Requerimento preenchido conforme página inicial deste formulário.	<input type="checkbox"/>
2	Formulário de "Licenciamento de Estabelecimentos Prestadores de Serviços de Saúde e de Análises", devidamente preenchido.	<input type="checkbox"/>
3	Cópia do Cartão do CNPJ/CPF do proprietário, do empreendedor e do representante legal, quando houver.	<input type="checkbox"/>
4	<u>Comprovante de pagamento da taxa municipal de licenciamento ambiental da atividade proposta.</u>	<input type="checkbox"/>
5	<u>Certidão de Zoneamento expedida pelo município onde conste a razão social do empreendimento, o endereço completo, enquadrando a área selecionada para o mesmo, frente ao disposto no Plano Diretor, Diretrizes Urbanas, Lei Orgânica do Município, entre outros dispositivos municipais, indicando os usos permitidos para a área objeto deste licenciamento, especificando a existência ou não de restrições ao uso da mesma para a atividade proposta (mesmo quando em zona rural).</u>	<input type="checkbox"/>
6	Croqui de localização do empreendimento, identificando os pontos de referência de amplo conhecimento público e roteiro de acesso para facilitar a fiscalização no local.	<input type="checkbox"/>
7	<u>Certidão Negativa de Débitos Municipais.</u>	<input type="checkbox"/>
8	Certidão atualizada da área que será instalado o empreendimento, ou cópia de locação do imóvel, ou ainda, cópia de contrato de arrendamento.	<input type="checkbox"/>
9	Relatório fotográfico do local onde será (ou foi) instalado o empreendimento, contemplando vistas da área total e pormenorizando as áreas construídas, com ênfase nos sistemas de controle de poluição, se existentes.	<input type="checkbox"/>
10	Planta de localização, em escala, devidamente cotada e assinada, contendo: a) localização do terreno (com dimensões do mesmo), b) orientação magnética, c) demarcação da direção predominante dos ventos, d) sistema viário no raio de 1.000 metros; e) rede hidrográfica (rios, riachos, sangas, lagos, açudes, nascentes, olhos d água, etc.), f) vizinhança no raio de 1.000 metros, indicando os usos residencial, industrial, escolar, hospitalar, etc., identificando os pontos de referência de amplo conhecimento público, g) linhas de transmissão de alta tensão;	<input type="checkbox"/>
11	Planta de situação de toda a área do empreendimento, com indicação dos prédios existentes ou a serem construídos, das linhas de transmissão existentes e dos corpos hídricos superficiais.	<input type="checkbox"/>



Formulário para Licenciamento Ambiental de
PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

**Secretaria Municipal da
Agricultura, Meio
Ambiente e
Desenvolvimento
Econômico**

12	Planta baixa de toda a área do terreno, com identificação das áreas construídas, estação de tratamento de efluentes, áreas de armazenamento e disposição de resíduos, chaminés, tanques de armazenamento de produtos, etc.	<input type="checkbox"/>
13	Laudo de Cobertura vegetal assinado por profissional habilitado com ART, contendo no mínimo, uso e ocupação do solo, espécies encontradas, nome comum e ou científico, características principais, distâncias de curso de água, de escolas, de hospital, de residência, de indústria e de comércio, e outras informações que julgar necessário (o posicionamento deverá ser conclusivo, do profissional responsável pelo laudo, sobre o uso da área e seus impactos na cobertura vegetal).	<input type="checkbox"/>
14	Laudo de Fauna assinado por profissional habilitado com a devida ART (o posicionamento deverá ser conclusivo, do profissional responsável pelo laudo, sobre o uso da área e seus impactos na fauna).	<input type="checkbox"/>
15	Documento de Reserva de Disponibilidade Hídrica, expedido pelo Departamento de Recursos Hídricos da SEMA, no caso de necessidade de captação de água superficial.	<input type="checkbox"/>
16	Projeto detalhado do Sistema de Tratamento de efluentes líquidos industriais implantado, no caso de existência do mesmo na área do empreendimento.	<input type="checkbox"/>
17	ART do profissional responsável pelas informações do licenciamento, com prazo de validade, devidamente paga.	<input type="checkbox"/>
18	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, contendo os requisitos mínimos exigidos no artigo 21 da Lei federal nº 12.305/2010.	<input type="checkbox"/>

Na solicitação da LICENÇA DE INSTALAÇÃO (LI) – após obtenção de Licença Prévia:

1	Requerimento de solicitação de licença.	<input type="checkbox"/>
2	Formulário de “Licenciamento de Estabelecimentos Prestadores de Serviços de Saúde e de Análises”, devidamente preenchido.	<input type="checkbox"/>
3	Cópia do Cartão do CNPJ/CPF do proprietário, do empreendedor e do representante legal, quando houver.	<input type="checkbox"/>
4	Comprovante de pagamento da taxa municipal de licenciamento ambiental da atividade proposta.	<input type="checkbox"/>
5	Cópia da licença prévia.	<input type="checkbox"/>
6	Cronograma de Instalação	<input type="checkbox"/>
7	ART do profissional responsável pelas informações do licenciamento, com prazo de validade, devidamente paga.	<input type="checkbox"/>

Na solicitação da LICENÇA DE OPERAÇÃO (LO) – após obtenção de Licença Prévia e Licença de Instalação:

1	Requerimento de solicitação de licença.	<input type="checkbox"/>
2	Formulário de “Licenciamento de Estabelecimentos Prestadores de Serviços de Saúde e de Análises”, devidamente preenchido.	<input type="checkbox"/>
3	Cópia do Cartão do CNPJ/CPF do proprietário, do empreendedor e do representante legal, quando houver.	<input type="checkbox"/>
4	Comprovante de pagamento da taxa municipal de licenciamento ambiental da atividade proposta.	<input type="checkbox"/>
5	Cópia da licença de instalação.	<input type="checkbox"/>
6	Cópia do Alvará Sanitário	<input type="checkbox"/>
7	Cópia do Alvará do Corpo de Bombeiros vigente, em conformidade com as Normas em vigor, relativo ao sistema de combate a incêndio.	<input type="checkbox"/>
8	ART do profissional responsável pelas informações do licenciamento, com prazo de validade, devidamente paga.	<input type="checkbox"/>
9	Relatório fotográfico das instalações concluídas;	<input type="checkbox"/>

OBS: OUTROS DOCUMENTOS QUE VIEREM SER NECESSÁRIOS DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES DA ATIVIDADE A SER LICENCIADA, SERÃO REQUERIDOS ATRAVÉS DE EMISSÃO DE OFÍCIO EXPEDIDO PELO DMMA DIRIGIDO AO REPRESENTANTE LEGAL.