**REQUERIMENTO**

.............................................................................., de CPF/CNPJ nº ....................................................

***(Nome / Razão Social)***

requer análise das informações a seguir apresentadas com vistas ao LICENCIAMENTO AMBIENTAL para a atividade de ................................................................................. *(Descrição da Atividade\*)................................................................................* ......................................................................... *(Tipo de Documento Licenciatório\*\*)* ...........................................................................

................................................................................................................................................................................................................

 Declaro para os devidos fins, que a minha atividade, caso aprovada, respeitará as condições estabelecidas na Licença Ambiental, conforme legislação vigente.

Nestes termos

Peço deferimento

 Paraí, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_ .

Assinatura do Responsável Legal/Procurador Legal

*Nome Legível*

*Endereço completo*

*Telefone p/contato*

*Cargo*

*CIC/CPF*

**À**

**Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente - SMAMA**

**Setor de Licenciamento Ambiental**

**Av. Presidente Castelo Branco, 1033 - Centro**

**CEP: 95.360-000 - Paraí – RS**

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

**\*** Descrição da atividade deve estar de acordo com o CODRAM encontrado na Resolução CONSEMA 372/2018.

**\*\***Tipo de Documento Licenciatório (exemplos): Licença Prévia - LP, Licença de instalação - LI, Licença de Operação - LO, Declaração, Autorização.

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES GERAIS PARA LICENCIAMENTO DE ATIVIDADES INDUSTRIAIS**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:** As instruções necessárias para o preenchimento da folha de rosto deste formulário, encontram-se **em anexo**, acompanhadas das definições julgadas importantes para a compreensão das informações solicitadas. **P**

1. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREENDEDOR

|  |
| --- |
| Nome/Razão Social:  |
| Nome Fantasia: |
| Endereço:  |
| Bairro:  | CEP: | Município:  |
| Telefone: ( ) | e-mail:  |
| CNPJ (CGC/MF):  | CPF/CIC: |
| Contato - Nome:  | Cargo:  |
| Telefone p/ contato: ( )  | e-mail:  |
| Razão Social Anterior (no caso de alteração da mesma): |

2. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE/EMPREENDIMENTO

|  |
| --- |
| Atividade\* (de acordo com Resolução CONSEMA 347/2018):  |
| Profissional técnico: Formação: |
| Registro profissional: N° AFT/ART |
|  |
| Coordenadas geográficas\* (Lat/Long) no Sistema Geodésico, Sirgas 2000  |
| Latitude: | Longitude: |
| Responsável pela leitura no GPS |
| Nome: | Profissão:  | Telefone: ( ) |

**3. TIPO DOCUMENTO A SER SOLICITADO** (Marque "X" nos quadros em branco):

|  |
| --- |
| **[ ]  Licença Prévia - LP**  |
| [ ]  Implantação | [ ]  Relocalização | [ ]  Alteração de processo | [ ]  Outro, qual?\* |
| **[ ]  Licença de instalação** **- LI** |  |
| [ ]  Obras - em andamento | [ ]  Obras não iniciadas | [ ]  Outros, qual?\* |
| **[ ]  Licença de Operação - LO** |  |
| [ ]  Regularização | [ ]  Renovação\* | [ ]  Ampliação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_m² |
| [ ]  Primeira solicitação deste tipo de documento |

**4. INFORMAÇÕES GERAIS**

4.1. Indique a atividade:

|  |
| --- |
| [ ]  Laboratório de Análises Físico-Químicas/ Clínicas/Toxicológicas |
| [ ]  Hospitais sem Procedimentos Complexos |
| [ ]  Clínicas Médicas com Procedimentos Complexos\* |
| [ ]  Clínicas Médicas sem Procedimentos Complexos (inclusive Ambulatórios e Postos de Saúde) |
| [ ]  Hospitais/Clínicas Veterinárias |

4.2.Assinale a caracterização da localização da indústria pela Legislação Municipal:

[ ] Zona Urbana [ ]  Zona Rural

4.3. Assinalar o tipo de vizinhança num raio aproximado de 500 m:

 [ ]  escolas [ ]  residências [ ]  comércio [ ]  indústria [ ]  hospital [ ]  unidades de saúde [ ]  mata nativa

 [ ]  nascente [ ]  área de preservação permanente [ ]  criação de animais [ ]  Parque/praça [ ]  postos de combustíveis / distribuidor de gás [ ]  centrais e/ou subestações elétricas [ ]  Outros. Quais? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.4. Qual o consumo médio mensal de energia na unidade industrial (em kWh)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.5. Regime de funcionamento da indústria: (Indique todas as informações solicitadas)

\_\_\_\_\_horas/dia (das \_\_\_\_\_às \_\_\_\_\_e das\_\_\_\_ às\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_dias/mês

4.6. Número total de funcionários nas seguintes áreas da indústria:

 Produção - \_\_\_\_\_ administração - \_\_\_\_\_ manutenção - \_\_\_\_\_\_ outras áreas - \_\_\_\_\_

4.7. Data de início de (*ou prevista para o*) funcionamento da atividade no local: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Área útil total** são todas as áreas efetivamente utilizadas para o desenvolvimento das atividades, construídas ou não. Nas atividades industriais incluem-se na área útil: processo industrial, depósitos de matérias primas, produtos, resíduos, áreas de tancagem, equipamentos de controle ambiental, lagoas de tratamento, áreas administrativas, refeitórios, almoxarifado, estacionamento, pátio de manobra, etc. Em construções de mais de um pavimento, são considerados todos os pavimentos na área construída.

4.8. Área do terreno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m²

 4.8.1. Área útil total:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m²

4.8.1.1. Área útil construída total: \_\_\_\_\_\_\_m2

 4.8.1.2. Área útil total das atividades ao ar livre: \_\_\_\_\_\_\_m2

 4.8.1.3. Área total a ser utilizada na ampliação (em casos de LP de ampliação): \_\_\_\_\_\_\_m2

**OBS**: A área útil total deve ser o somatório da área útil construída total e da área útil total das atividades ao ar livre.

4.9. Indique quais as fontes de abastecimento de água:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonte de Abastecimento** | **Vazão (m³/mês)** | **Fonte de Abastecimento** | **Vazão (m³/mês)** |
| [ ]  Rede pública |  | [ ]  Nascente |  |
| [ ]  Poço tubular |  | [ ]  Captação de água de chuva |  |
| [ ]  Reuso de efluentes |  | [ ]  Outra: |  |

4.10. Indique para quais finalidades a água é utilizada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finalidade** | **Vazão (m³/dia)** | **Fonte de abastecimento** |
| [ ]  | Sanitários |  |  |
| [ ]  | Refeitório |  |  |
| [ ]  | Laboratórios |  |  |
| [ ]  | Lavagem de pisos e equipamentos |  |  |
| [ ]  | Lavanderia  |  |  |
| [ ]  | Higienização |  |  |
| [ ]  | Refrigeração com circuito aberto |  |  |
| [ ]  | Refrigeração com circuito fechado |  |  |
| [ ]  | Outras:  |  |  |

**5**. **INFORMAÇÕES SOBRE A ATIVIDADE DESENVOLVIDA**

5.1. Procedimentos realizados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Quimioterapia | [ ]  | Tratamentos de Resíduos de Serviços de Saúde |
| [ ]  | Laboratório de Anatomia Patológica e Patologia Clínica | [ ]  | Lavanderia |
| [ ]  | Urgência/ Emergência | [ ]  | Diálise e Hemodiálise |
| [ ]  | Serviço de Hematologia | [ ]  | Centro Cirúrgico e/ou Obstétrico |
| [ ]  | Serviço de Diagnóstico por Imagem | [ ]  | Necrotério |
| [ ]  | Serviço de Bioquímica | [ ]  | Tratamento de Efluentes Líquidos |
| [ ]  | Serviço de Parasitologia | [ ]  | Medicina Nuclear e/ou Radioterapia |
| [ ]  | Serviço de Toxicologia Analítica | [ ]  | Sistema de Armazenamento de Gases Medicinais |
| [ ]  | Serviço de Microbiologia | [ ]  | Sistema de Armazenamento de Combustíveis |
| [ ]  | Serviço de Imunologia | [ ]  | Serviço de Análises Físico-Químicas |
| [ ]  | Serviço de Medicina Nuclear | [ ]  | Outras:       |

5.2. No caso de haver internação, especificar:

Número de quartos:

Número de leitos:

**6. INFORMAÇÕES SOBRE MANEJO DOS RESÍDUO**S

 O **manejo dos resíduos** é entendido como a ação de gerenciá-los em seus aspectos intra e extra-estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo a segregação, descarte, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, tratamento preliminar, armazenamento temporário e externo e tratamento final.

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Classificação – tipo de resíduos | Sim | Não | Quantidade (m3/mês ou kg/mês) | Forma de acondicionamento¹  | Forma de armazenamento² |
| Grupo A - biológicos | A1 |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |
| Grupo B – químicos | Sólidos |  |  |  |  |  |
| Líquidos |  |  |  |  |  |
| Grupo C – radioativos |  |  |  |  |  |
| Grupo D – comum | Orgânicos |  |  |  |  |  |
| Seletivos |  |  |  |  |  |
| Grupo E - perfurocortantes |  |  |  |  |  |

(1) **Acondicionamento**: tambores, bombonas, caçambas, containers, tanques a granel, fardos, sacos plásticos, etc.

(2) **Armazenamento**: área fechada, área aberta sem telhado, área com telhado, área com piso impermeabilizado, área com contenção de vazamentos, etc.

**OBS**: Para a classificação dos resíduos, considerar o disposto na Resolução CONAMA nº 358/2005 e RDC nº 306/2004 da ANVISA.

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 [ ]

Em caso positivo, anexar cópia do Plano de Gerenciamento de Resíduos

6.3.4. Há um responsável técnico pelo gerenciamento dos Resíduos? Sim [ ]  Não [ ]

6.4. Armazenamentos dos Resíduos

6.4.1. Identifique a forma de armazenamento dos resíduos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abrigo | Piso Impermeabilizado | Exclusivo para RSSS | Ponto de Água | Ralo Sifonado | Contenção | Iluminação Adequada | Câmara fria | Placa de Identificação |
| Temporário | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Externo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

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 |       |       |       |

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 10004/04).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Resíduo | Transporte | Tratamento  | Destinação Final |
| I |       |       |       |
| II | II A |       |       |       |
| II B |       |       |       |

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

 Sim [ ]  Não [ ]

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

|  |
| --- |
|  |

6.8. 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:

|  |  |
| --- | --- |
|   | Substâncias |
| Forma de Armazenamento  | 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) |  |  |  |  |

**8. INFORMAÇÕES SOBRE EFLUENTES LÍQUIDOS**

**Efluentes líquidos** são todos os despejos, na forma líquida, gerados em qualquer atividade. **Efluentes líquidos sanitários** são provenientes de banheiros (chuveiros e vasos sanitários), de refeitórios, de vestiários, etc. **Efluentes líquidos do processo** são os provenientes das atividades desenvolvidas pelo empreendimento (resíduos de laboratório, lavanderia, lavagem de pisos, lavagem de equipamentos, lavagem de veículos, etc.).

1. 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 efluente por dia

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sistema de tratamento  |
| [ ]  | Fossa séptica | [ ]  | Fossa séptica/filtro anaeróbico |
| [ ]  | Sumidouro  | [ ]  | Filtro Anaeróbio |
| [ ]  | Caixa separadora de gordura | [ ]  | Estação de tratamento de efluentes (ETE) |
| [ ]  | Outro:       |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Corpo receptor |  | Corpo receptor |
| [ ]  | Rede pública cloacal | [ ]  | Rede pública pluvial |
| [ ]  | Rede pública mista | [ ]  | Rio, arroio, etc. |
| [ ]  | Solo | [ ]  | Outro: |

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

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

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

|  |
| --- |
| Nome do rio/arroio:       |
| Distância do empreendimento:       (m) |

8.6. Indique as atividades onde são gerados efluentes líquidos:

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade | Vazão (m³/dia) |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Vazão | Quantidade (m³/dia) |
| Atual |       |
| Máxima |       |

 **OBS**: Para a vazão máxima, considere a capacidade máxima

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

Sim [ ]  Não [ ]

8.9. 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:

|  |
| --- |
|  |

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

 Se a resposta for afirmativa, indique:

|  |  |
| --- | --- |
| Localização (Equipamento) | Tipo de Medidor |
|       |       |
|       |       |

8.11. Ocorre lançamento de efluentes líquidos (mesmo que eventual)? Sim [ ]  Não [ ]

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

|  |  |
| --- | --- |
|   | Corpo receptor |
| [ ]  | Rede pública canalizada |
| [ ]  | Rio ou arroio |
| [ ]  | Solo. Especificar:       |
| [ ]  | Envio para tratamento em outro local. Indique a razão social e o endereço do local:      |
| [ ]  | Outro. Especificar qual:       |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do rio/arroio | Vazão (L/s) | Largura (m) | Profundidade (m) |
|       |       |       |       |

8.13. Indique os principais usos do recurso hídrico superficial (rio/arroio):

|  |  |
| --- | --- |
| Antes do lançamento: |       |
| Depois do lançamento: |       |

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

8.14. Há reutilização do efluente tratado na unidade? Sim [ ]  Não

 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 prevenção 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 [ ]

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 |
| [ ]  | Lenha |       m³/dia |
| [ ]  | Gás |       kg/dia |
| [ ]  | Óleo Combustível |       l/dia |
| [ ]  | Outros, especificar: |            /dia |

9.2. Descreva os equipamentos geradores de emissões atmosféricas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Equipamento | Tipo de combustível | Consumo combustível/dia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

9.3. Descreva as medidas de controle de emissões:

|            |
| --- |

9.4. Descreva a(s) fonte(s) de ruído:

|            |
| --- |

**10. RESPONSÁVEL LEGAL DA EMPRESA:**

**Responsável técnico:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Formação profissional: | Registro profissional: |

***Declaro que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras e correspondem à realidade.***

|  |  |
| --- | --- |
| Data: / / | Carimbo do profissional (): |
| Assinatura: |

**Responsável legal da empresa:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Cargo: |

***Declaro que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras e correspondem à realidade.***

|  |  |
| --- | --- |
| Data: / / | Carimbo da empresa: |
| Assinatura: |

**Este documento perderá a validade caso os dados fornecidos pelo requerente não correspondam à realidade, ficando o mesmo sujeito às penalidades previstas em Lei.**