**PREFEITURA DE GOIÂNIA**

**COMPANHIA DE URBANIZAÇÃO DE GOIÂNIA**

**CADASTRO DE GERADORES RSSS**

☐Solicitação de Cadastro

☐Solicitação de Alteração do Cadastro de Número:       

***Parte I - Caracterização do Estabelecimento Folha 1***

* 1. **– Identificação do Estabelecimento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: | |  | | | | | | | CPF: |  | | | | |  | |  | | | |
| Nome do Estabelecimento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Proprietário/Resp. Legal: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | |  | | | | | | | Nº Conselho Regional: | | | | |  | | |
| Endereço: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | |  | | | | | | | | | Município: | |  | | | | | U.F.: |  |
| CEP: |  | | | | | | | | Telefone: | |  | | | | Fax: |  | | | | |
| Email: | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Horário de Func.: | ☐Qua. de      às | ☐Sab. de      às |
| ☐Seg. de      às | ☐Qui. de      às | ☐Dom. de      às |
| ☐Ter. de      às | ☐Sex. de      às | ☐Seg. a Sex. de      às |

**1.2 – Tipo do Estabelecimento**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐Ambulatório Méd. | ☐Clínica médica | | ☐C. veterinária | ☐C. Odontológica | ☐Farmácia |
| ☐Hemodiálise | ☐Hospital (nº leitos – ativos       e desativados      ) | | | | |
| ☐Laboratório | ☐Pronto Socorro | | | | |
| ☐Outros (especificar) | |  | | | |

**1.3 - Classificação**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | EGRS Especial – até 20 Kg de resíduos por dia |
| ☐ | EGRS 1 – mais de 20 Kg e até 50 Kg de resíduos por dia |
| ☐ | EGRS 2 – mais de 50 Kg e até 160 Kg de resíduos por dia |
| ☐ | EGRS 3 – mais de 160 Kg e até 300 Kg de resíduos por dia |
| ☐ | EGRS 4 – mais de 300 Kg e até 650 Kg de resíduos por dia |
| ☐ | EGRS 5 – mais de 650 Kg de resíduos por dia |

(EGRS - Estabelecimento Gerador de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde)

*Todos os campos deverão ser preenchidos de maneira uniforme, sem rasuras e sem divergências.*

***Parte II - Caracterização de Resíduos Gerados Folha 2***

**2.1 – Resíduos para Disposição**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo de Resíduo** | **Sub Grupo** | **Descrição do Resíduo** | **Peso Estimado (Kg/dia)** | **Cód. De Acondic.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * Especificar o cód. R.04: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Grupo** | **Descrição do Resíduo** |
| A | Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção (A1, A2, A3, A4, A5). |
| B | Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. |
| C | Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. |
| D | Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. |
| E | Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares. |

**OBS: Fonte: CONAMA 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código do Acondic.** | **Tipo de Acondicionamento** |
| R.01 | Saco plástico branco leitoso |
| R.02 | Recipiente para material perfurante/cortante |
| R.03 | Saco plástico comum |
| R.04 | Outros (especificar) |

**2.2 – Tratamento Interno**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Existe tratamento de RSSS dentro da unidade geradora? | |  |
| Qual? |  | | | Estimativa (kg/dia) |  |

*Todos os campos deverão ser preenchidos de maneira uniforme, sem rasuras e sem divergências.*

***Parte III – Armazenamento, Coleta, Tratamento e Destinação Final dos Resíduos Folha 3***

**3.1 – Local de Armazenagem**

☐ Abrigo interno ao estabelecimento

☐ Abrigo externo (localizado na área externa ao estabelecimento)

**3.1.1 – Especificações do Ponto de Coleta (assinalar os itens que são cumpridos)**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | Construído em alvenaria, fechado e dotado de aberturas teladas para ventilação |
| ☐ | Revestimento interno com material liso, resistente, lavável impermeável e cor branca |
| ☐ | Porta com abertura para fora, dotada de proteção inferior |
| ☐ | Dotado de ponto de água, ralo sifonado, ponto de esgoto sanitário e iluminação interna e externa |
| ☐ | Localização de fácil acesso para a coleta interna e externa |
| ☐ | Símbolo de identificação (segundo NBR 7.500) |
| ☐ | Área de higienização para carros de coleta, dotada de cobertura, iluminação, ponto de água, piso impermeável, bem drenado e ralo sifonado |
| ☐ | Dimensões suficientes para comportar quantidades de resíduos equivalentes a geração de 3 (três) dias |

**3.2 – Coleta e Transporte Externo**

3.2.1 – Empresa responsável

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: | |  | | | | | | CPF: | | |  | | | Nº Cadastro Comurg: | | | |  | | | |
| Nome do Estabelecimento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Proprietário/Resp. Legal: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | |  | | | | | | | | Nº Conselho Regional: | | | | |  | | |
| Endereço: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | |  | | | | | | | | | | Município: | |  | | | | | U.F.: |  |
| CEP: |  | | | | | | | | | Telefone: | |  | | | | Fax: |  | | | | |
| Email: | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |

**3.3 – Tratamento**

3.3.1 – Empresa responsável pelo tratamento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐A mesma que faz a Coleta e Transporte Externo** | | | | | | | | | | | | | | | **☐Outra (preencher dados abaixo)** | | | | | | | | | | |
| Tipo de Tratamento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | |  | | | | | | | | CPF: | | |  | | | | | Nº Cadastro Comurg: | | | |  | | | | |
| Nome do Estabelecimento: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Proprietário/Resp. Legal: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | | | |  | | | | | | | | | Nº Conselho Regional: | | | | | |  | | | |
| Endereço: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | | |  | | | | | | | | | | | | Município: | | |  | | | | | U.F.: |  | |
| CEP: |  | | | | | | | | | | | Telefone: | |  | | | | | | Fax: |  | | | | | |
| Email: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | |

**3.4 – Disposição Final**

3.4.1 Local de disposição Final

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ: | |  | | | | | | | CPF: | | |  | | | Nº Cadastro Comurg: | | | |  | | | |
| Nome do Estabelecimento: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Proprietário/Resp. Legal: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | | |  | | | | | | | | Nº Conselho Regional: | | | | |  | | |
| Endereço: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro: | | | |  | | | | | | | | | | Município: | |  | | | | | U.F.: |  |
| CEP: |  | | | | | | | | | | Telefone: | |  | | | | Fax: |  | | | | |
| Email: | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |

***Parte IV – Declaração do Responsável Folha 4***

**4.1 – Declaração**

Eu      

Responsável legal pelo Estabelecimento      

Nomeio o(a) Sr.(a).      

como responsável técnico que declara estar ciente do conteúdo da lei 9.522/14, sua regulamentação (Decreto 1789/15) e Normas Técnicas NBR 7.500/ 12.808/ 10.004/ 12.809/ 12980 e que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras.

**Goiânia,** **de**  **de**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do responsável pela Empresa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável Técnico**

**ATENÇÃO: As assinaturas devem ser idênticas as dos documentos apresentados**

**DOCUMENTAÇÃO A ANEXAR XEROX SIMPLES (APRESENTAR ORIGINAL OU CÓPIA AUTENTICADA):**

* Formulário devidamente preenchido;
* Comprovante de pagamento da taxa de cadastramento <http://177.135.250.232/adm/cadastrorsss.asp> (cópia simples);
* Alvará de Localização e Funcionamento e comprovante de inscrição no cadastro de Atividades Econômicas do Município (CAE);
* Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
* Certidão de Regularidade Fiscal com os tributos municipais;
* Cédula de identidade e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal;
* Contrato de prestação de serviços de gerenciamento de Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde firmado entre o Gerador de RSSS e a empresa prestadora regularmente cadastrada pela COMURG;
* Alvará de Autorização Sanitária, expedido pela Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde;

*Todos os campos deverão ser preenchidos de maneira uniforme, sem rasuras e sem divergências.*