



**SISTEMA MUNICIPAL DE LICENCIAMENTO DE ATIVIDADES POTENCIALMENTE POLUIDORAS**  
**CADASTRO DE LICENCIAMENTO AMBIENTAL – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

<b>1 - Razão Social/Pessoa Física:</b>			
<b>2 - Nome Fantasia:</b>			
<b>3 - CPF/CNPJ:</b>		<b>4 - Inscrição Municipal:</b>	
<b>5 - Inscrição Estadual:</b>			
<b>6 - Endereço do Empreendimento:</b>			
Rua/Av:		Nº:	Bairro:
CEP :	Cidade: Dourados/MS	Telefone:	
Ponto de referência:			
<b>7 - Coordenadas geográficas</b> Obs.: Utilizar Datum SIRGAS 2000: Latitude Sul: ____° ____' ____" e Longitude Oeste: ____° ____' ____"			
<b>8 - Pessoa p/ contato:</b>			
Cargo/função:			
Telefone:		e-mail:	
<b>9 – Atividade:</b>			
Código da atividade (conforme indicado na taxa expedida):			
Tipo de Empreendimento:			
<input type="checkbox"/> Hospital/Maternidade		<input type="checkbox"/> Clínica Médica	
<input type="checkbox"/> Clínica Veterinária		<input type="checkbox"/> Laboratório de Análises	
<input type="checkbox"/> Posto de Saúde		<input type="checkbox"/> Farmácia de Manipulação	
<input type="checkbox"/> outros (Especificar) :		<input type="checkbox"/> Consultório Médico	
<input type="checkbox"/> Laboratório de Radiologia		<input type="checkbox"/> Farmácia (comércio varejista)	
<input type="checkbox"/> outros (Especificar) :			
<b>10 - Nº de funcionários</b>		<b>11 - Horário de funcionamento:</b>	
Setor Produtivo:		Setor Produtivo:	
Setor Adm.:		Setor administrativo:	
<b>12 – Situação da Atividade:</b>			
<input type="checkbox"/> em planejamento		<input type="checkbox"/> em projeto	
<input type="checkbox"/> em instalação		<input type="checkbox"/> em operação	
<b>13 – Caracterização da área:</b>			
<input type="checkbox"/> Lote urbano com edificação		<input type="checkbox"/> Vegetação Nativa	
<input type="checkbox"/> Lote urbano não edificado		<input type="checkbox"/> Zona Rural	
<input type="checkbox"/> Outra		Especificar:	
Área terreno:	Área construída:	Área livre:	Outras:
m²	m²	m²	m²
<b>14 - Corpo receptor mais próximo (Rio, Córrego, nascentes, etc):</b>		<b>15 - Bacia hidrográfica do Rio Paraná</b>	
		Sub-bacia do Rio Ivinhema.	
<b>16-Fonte de abastecimento de água:</b>		<b>17 - Consumo previsto em m³/mês:</b>	
Poço Artesiano ( )		A) Potável:	B) Outros:
Poço Superficial ( )			C) Total:
Sanesul ( )			
Outras: _____		<b>18- Despejo mensal previsto m³/mês:</b>	
		<b>19 - Tratamento:</b>	
		<b>20 - Disposição Final:</b>	



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Instituto de Meio Ambiente de Dourados



<i>Obs: quando o abastecimento for de poço informar:</i> <b>Profundidade:</b> _____m <b>Licença Ambiental:</b> ( ) sim ( ) não <b>Anexar cópia da licença.</b>		( ) Fossa séptica ( ) Filtro Anaeróbio	( ) Sumidouro ( ) Rede pública de esgoto	
<b>21-Matéria prima e insumos</b>		<b>22 - Produtos e sub-produtos elaborados</b>		
Discriminar o tipo:	Quantidade/mês:	Discriminar o tipo:	Quantidade prevista/mês:	
<b>23-Combustíveis utilizados:</b>				
Disc. Tipo:	Estado físico:	Disc. equipamento usado:	Quantidade/mês	Unidade/mês:
<b>24- Descrição sucinta do funcionamento da atividade desenvolvida pelo empreendimento:</b>				
<b>25 – Resíduos Sólidos</b>				
<b>Origem/Tipo</b>		<b>Quantidade Gerada (Kg/mês)</b>		<b>Destinação Final:</b>
( ) Resíduo Comum				
( ) Resíduo Serviço de Saúde				
( ) Outros				
<b>Estocagem:</b>				
( ) Abrigo temporário		( ) Contêiner		
( ) Lixeira no interior do empreendimento		( ) Outro		
Obs.: Deverá ser anexado no projeto o PGRSS, com identificação do responsável técnico pela elaboração e implementação (ART) juntamente com os comprovantes de destinação final.				
<b>26 - Profundidade do Lençol freático:</b>		<b>27 - Tipo de Solo predominante no local:</b>		
<b>28- Direção dos ventos predominantes:</b>				
<b>29 - Relação completa de máquinas e equipamentos:</b>				
Quantidade:	Descrição:			
<b>30- Nome do Proprietário (por extenso):</b>				
CPF:				



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Instituto de Meio Ambiente de Dourados



<b>31 -Responsável Técnico:</b>		
Nome:		
Título profissional:		
Endereço para correspondência:		
Rua:		nº:
Bairro:	Município:	
Telefone:	Cep:	
e-mail:		
Obs: A pessoa indicada para contato receberá todas as informações referentes ao licenciamento. Qualquer alteração nas informações prestadas referentes à pessoa para contato deverá ser imediatamente comunicada ao IMAM.		
<b>DECLARO SOB AS PENAS DA LEI A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.</b>		
Dourados – MS, ____/____/____		
	Requerente	Técnico Responsável