



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ
SECRETARIA DE SERVIÇOS URBANOS

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO GERADOR DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (R.S.S.)

--

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE			
RAZÃO SOCIAL			
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO MUNICIPAL		TELEFONE/FAX
E-MAIL			

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO			
NOME			
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO		UF
CPF	INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL		TELEFONE/FAX
E-MAIL			

PREVISÃO DE GERAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE				
NECESSIDADE DE RETIRADA DE RESÍDUOS	A - DIÁRIO	B - SEMANAL	C - QUINZENAL	D - MENSAL
QUANTIDADE TOTAL DE KG GERADOS NO MÊS:				
	KG / MÊS			

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO GERADOR				
☐	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 _____ : _____	
☐	DOMINGO	DAS _____ : _____ ÀS _____ : _____	E DAS _____ : _____ ÀS _____ : _____	

A não entrega deste formulário, assim como qualquer alteração nas informações prestadas 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) 4512-7786 ou o e-mail residuossolidos.ssu@maua.sp.gov.br.

DATA: _____ DE _____ DE _____	Assinatura e carimbo do responsável
-------------------------------	-------------------------------------