



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS**  
**DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA**  
**COORDENADORIA SETORIAL DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS**

## CADASTRO DE ESTABELECIMENTO GERADOR DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

USO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA

CADASTRO Nº: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_ FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_\_

### I - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. RAZÃO SOCIAL:

\_\_\_\_\_  
2. NOME FANTASIA:

3. TIPO DE ESTABELECIMENTO:

HOSPITAL     CLÍNICA     CONSULTÓRIO     FARMÁCIA / DROGARIA     AMBULATÓRIO  
 LABORATÓRIO     OUTRO    QUAL? \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE:

\_\_\_\_\_  
4. Nº DE LEITOS: \_\_\_\_\_ Nº DE DE ATENDIMENTOS POR DIA: \_\_\_\_\_ Nº DE FUNCIONÁRIOS: \_\_\_\_\_  
ÁREA TÉCNICA: \_\_\_\_\_ ÁREA ADMINISTRATIVA: \_\_\_\_\_

5. C.N.P.J. / MF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

CÓDIGO DO CONTRIBUINTE ( I.P.T.U. ):

6. ENDEREÇO:

AV. / RUA:

Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E - MAIL:

\_\_\_\_\_  
7. RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO:  
NOME: \_\_\_\_\_

CARGO:

TELEFONE: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E - MAIL:

\_\_\_\_\_

## II - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

R.G. Nº:

REGISTRO PROFISSIONAL Nº:

TELEFONE:

RAMAL:

FAX:

E-MAIL:

## III - IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS

### 1. QUANTIDADE GERADA

TIPO DE RESÍDUO ( 1 )	QUANTIDADE (SACOS / DIA) ( 2 )	ACONDICIONAMENTO
GRUPO A		
GRUPO B		
GRUPO C		
GRUPO D		
GRUPO E		

( 1 ) Para classificação dos resíduos utilizar a Resolução CONAMA Nº 358 de 29/04/2005

( 2 ) Considerar sacos plásticos com capacidade para 100 litros

### 2. ARMAZENAMENTO

TIPO DE RESÍDUO	ARMAZENAMENTO	CAPACIDADE ( DIAS )
GRUPO A		
GRUPO B		
GRUPO C		
GRUPO D		
GRUPO E		

## IV - RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

NOME:

R.G. Nº:

DATA:

ASSINATURA: