



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO
SECRETARIA DE SERVIÇOS E OBRAS

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE DESTINAÇÃO FINAL
DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Empresa: _____ Alvará Funcionamento nº _____
Responsável: _____
CNPJ: _____ Tipo de solicitação:
Inscrição municipal: _____ () 1ª Solicitação
Telefone: _____ Cel.: _____ () Renovação
e-mail: _____ () Atualização
Tipo de atividade: _____ () Cancelamento
Endereço: _____
Complemento: _____
CEP: _____ - _____ Bairro: _____

Resíduos de Serviços de Saúde (GRUPO A)

Considerando o volume de sacos – referência 100 litros

Volume estimado semanal: _____

Volume estimado mensal: _____

Materiais perfuro ou escarificantes (Grupo E)

Considerando a quantidade de caixas coletora (tipo: Descarpack)

Volume estimado semanal: _____

Volume estimado mensal: _____

Volume da caixa coletora: () 1,5 litros () 7 litros () 13 litros () 20 litros () outros _____

Local de armazenamento dos resíduos: _____

Ex.: Sala, lixeira central, local específico para resíduo de saúde e outros.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo total responsabilidade pelo preenchimento desta solicitação, bem como, pelos dados declarados. E ainda, estou ciente que a falta de informações poderá gerar a nulidade da solicitação.

Assinatura do solicitante e carimbo de CNPJ

Data ____/____/____