|  |
| --- |
| **RELATÓRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO EMPREENDIMENTO (RCE) SERVIÇOS DE SAÚDE E ÁREAS AFINS** |
| **ENQUADRAMENTO:** |
| **Área útil:** ha (*área construída + área de estocagem*)**Número de leitos:**  Não se aplica. |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** |
| **Razão Social (pessoa jurídica):** | **CNPJ:** |
| **Nome do Responsável Técnico:** |
| **Formação:** |
| **Registro do Conselho do Classe:** | **Nº da ART/AFT:** |
| **CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA** |
| **Característica da área útil:***Considerar área útil do empreendimento toda a área utilizada, necessária para o funcionamento da atividade, incluindo-se aí a parte administrativa, os depósitos e os locais de movimentação e transbordo de materiais, tratamento de dejetos e rejeitos, áreas utilizadas ao ar livre, por exemplo, vias de acesso e manobras de veículos, dentre outras não citadas. Portanto, toda a área que estiver sendo utilizada para o ótimo funcionamento da atividade, é considerada área útil.*1. **Localização**

 Zona Urbana  Zona Rural Inserida em área: Industrial  Residencial  Comercial  Mista  Outra. Especificar: 1. **Há residência(s) de terceiros no entorno (raio de 100m) do empreendimento?**

 Sim  Não1. **A área está inserida em Unidade de Conservação (UC) ou em sua zona de amortecimento?**

 Sim. Distância da UC (km): Nome da unidade de conservação:  Não |

|  |
| --- |
| 1. **O empreendimento ocupa Área de Preservação Permanente (APP) de curso hídrico, definida pela Lei nº 12.651/2012?**

**** Sim. Especificar o que está em APP: Área de APP ocupada: (m2).**** Não.1. **Caso ocupe a APP, já houve apresentação de medida compensatória ao órgão ambiental, correspondente ao dobro da área ocupada em APP?**

**** Sim. Nesse caso, apresentar cópia da proposta apresentada e relatório fotográfico comprovando a execução.**** Não. Nesse caso, deverá ser apresentada proposta de medida compensatória (reflorestamento com espécies nativas, preferencialmente, na mesma bacia hidrográfica), correspondente ao dobro da área ocupada, juntamente com o requerimento de licença ambiental.1. **Haverá supressão de vegetação?**

 Sim. Nº do documento referente à autorização expedida pelo IDAF:  Não1. **Descrever o tipo de vegetação no entorno (pastagens, mata/floresta, plantações (café, hortaliças, etc.).**

 Não possui. |
| **COORDENADAS DE LOCALIZAÇÃO DO PERÍMETRO DA ÁREA ÚTIL DO EMPREENDIMENTO** |
| Coordenadas dos vértices da poligonal (mínimo de 04 pontos):UTM (N): UTM (E): UTM (N): UTM (E): UTM (N): UTM (E): UTM (N): UTM (E):  |

|  |
| --- |
| *OBS: O Datum utilizado deverá ser o WGS 84 e as coordenadas em UTM* |
| **CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE** |
| 1. **Fase do empreendimento:**

 Planejamento  Instalação  Operação.Previsão de início da operação: Data de início da atividade: 1. **Número de empregados:**
2. **Horário de funcionamento:**
3. **Tipos de resíduos de serviço de saúde (RSS) gerados no empreendimento e período de armazenamento até a destinação final (  horas/  dias):**

*OBS.: Considerar Resolução ANVISA RDC nº 222/2018* Grupo A. Período  Grupo B. Período  Grupo C. Período  Grupo D. Período  Grupo E. Período 1. **Realiza tratamento de resíduos no próprio estabelecimento?**

 Sim  NãoEm caso positivo, descrever o tipo de tratamento realizado e o tipo de resíduos tratados: 1. **Sobre o armazenamento de produtos químicos utilizados na atividade:**

 Realiza armazenamento de recipientes com capacidade superior a 250 litros. |

|  |
| --- |
|  Realiza armazenamento de recipientes com capacidade inferior a 250 litros. Possui sistema de contenção no local de armazenamento dos produtos. Possui sistemas independentes para armazenamento de produtos químicos incompatíveis. Não utiliza produtos químicos incompatíveis.1. **Possui abrigo temporário de armazenamento de RSS?**

 Sim  NãoCaso positivo, descreva as características do local, conforme Art. 29 da Resolução ANVISA RDC nº 222/2018.1. **Possui abrigo externo para armazenamento de RSS?**

 Sim  NãoCaso positivo, descreva as características do local, conforme Art. 35 e Art. 36 da Resolução ANVISA RDC nº 222/2018. 1. **Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde (PGRSS)?**

 Sim. Apresentar cópia do PGRSS, acompanhado da devida ART. Não. Preencher tabela referente ao Anexo II. |
| **FONTES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA** |

|  |
| --- |
| Consumo de água: m3/mês.1. **Indique a(s) fonte(s) de captação/abastecimento de água utilizadas:**

 Captação de água em curso d’água;* + Nome do curso d’água (rio, córrego, etc):
* Coordenadas do ponto de captação (UTM) WGS 84: /
* Possui outorga de captação de água: ( )Sim ( )Não ( ) Não é necessário (uso insignificante).
 |

|  |
| --- |
| * Número da Portaria de Outorga, do requerimento de outorga ou da Certidão de Dispensa:
* Data de vencimento da outorga ou da dispensa: / /
* Órgão emissor ou responsável pela outorga ou pela dispensa de captação: ( )AGERH ( )ANA.
* Vazão máxima de captação (l/s):
* Volume captado diário (m3/dia):

 Abastecimento de água fornecido pela concessionária local:* Nome:
* Consumo médio de água:

 Poço Subterrâneo:* Número da Declaração de Uso de Água Subterrânea:
* Vazão máxima de captação (l/s):
* Volume captado diário:

 Reutilização do processo produtivo. Outros. Especificar:  |
| **EFLUENTES DOMÉSTICOS (ESGOTOS)** |
| 1. **Há geração de efluentes domésticos (esgoto sanitário)?**

 Sim  Não1. **Possui sistema próprio de tratamento para os efluentes domésticos gerados no empreendimento?**
 |

|  |
| --- |
|  Sim  Não. O efluente é lançado diretamente na rede pública de coleta de esgoto.Caso positivo, descrever as características do sistema.**3. Onde se dá o lançamento do efluente tratado?** Rede pública de esgoto Rede pluvial Sumidouro Corpo hídrico* Nome do curso d’água (rio, córrego, etc):
* Coordenadas dos pontos de lançamento (WGS 84):
* Número da portaria de outorga ou do protocolo de requerimento de outorga:

**4. Caso aplicável, informar a periodicidade da manutenção do sistema de tratamento:** Informar o nome da empresa responsável pela coleta, transporte e destinação final dos resíduos sólidos provenientes da limpeza / manutenção do sistema tratamento**:**  |
| **EFLUENTES INDUSTRIAIS** |
| 1. **Há geração de efluentes industriais na atividade?**

 Sim  Não**Caso a resposta seja positiva:**1. **Informe as atividades geradoras de efluentes líquidos:**
 |

1. **Descreva as características do sistema de tratamento existente:**
2. **Local de lançamento do efluente tratado:**
3. **Frequência de manutenção do sistema:**
4. **Empresa responsável pela coleta dos resíduos oriundos da limpeza:**

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

1. Gerenciamento de resíduos não perigosos gerados na atividade:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Tipo de resíduo*** | ***Acondicionamento*** | ***Armazenamento*** | ***Destinação*** |
| a) Resíduos orgânicos provenientesde sobras de alimentos |  |  |  |
| b) Resíduos domésticos, de varrição eadministrativos |  |  |  |
| c) Resíduos recicláveis (papéis, pape-lões, plásticos, vidros, borrachas, etc). |  |  |  |
| d) Outros. Especificar: |  |  |  |

OBS: Indicar os números correspondentes aos tipos de acondicionamento, armazenamento e destinação reali- zados no local. Pode ser indicado mais de um número por tipo de resíduo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Acondicionamento:***1. Não há geração
2. Tonéis
3. Bombonas
4. Sacolas
5. Tambor de 200L
6. Big Bags
7. Outro. Especificar:
 | ***Armazenamento:***1. Não há geração
2. Com cobertura
3. Piso impermeabilizado
4. Contenção
5. Local descoberto
6. Outro.

Especificar:  | ***Destinação:***1. Não há geração
2. Empresa licenciada para coleta e transporte
3. Reciclagem
4. Reaproveitamento
5. Doação/ Venda para ter- ceiros
6. Coleta pública
7. Outro. Especificar:
 |

|  |
| --- |
| **RELATÓRIO FOTOGRÁFICO** |
| **O relatório fotográfico deverá constar como anexo, ser detalhado e de fácil visualização, datado e ilustrar, no mínimo, as seguintes situaçõe**s:1. Fachada do empreendimento;
2. Locais de armazenamento dos RSS;
3. Recipientes utilizados para acondicionamento/ armazenamento de RSS;
4. Sistema de tratamento de efluentes próprio (se houver);
5. Local de armazenamento de produtos químicos (se houver).
 |

|  |
| --- |
| **ROTEIRO DE ACESSO** |
| *Principais vias de acesso e pontos de referência* |
| **CROQUI DE LOCALIZAÇÃO DO EMPREENDIMENTO** |
| *Imagem aérea indicando a situação de ocupação da área (habitação, serviço público, arruamento, atividades produtivas locais e outros), recursos florestais, recursos hídricos (nascentes, lagos, lagoas, rios, córregos...) e outros.* |

ANEXO I (Informações Complementares)

Declaramos para os devidos fins serem verídicas as informações prestadas, sob pena de suspensão ou anulação dos efeitos dos atos do órgão ambiental e aplicação das demais sanções previstas na Lei, tanto em face do empreendedor quanto do responsável técnico que subscreve o presente relatório.

Data: / /

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsável técnico |  | Representante Legal |

ANEXO II – GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo** | **Especificação do resíduo gerado** | **Quantidade (Kg) de RSS gerado (mensal)** | **Formas de acondicionamento** | **Formas de tratamento** | **Empresa responsável pela coleta e destinação final** |
| A1 |  |  |  |  |  |
| A2 |  |  |  |  |  |
| A3 |  |  |  |  |  |
| A4 |  |  |  |  |  |
| A5 |  |  |  |  |  |
| B1 |  |  |  |  |  |
| B2 |  |  |  |  |  |
| B3 |  |  |  |  |  |
| B4 |  |  |  |  |  |
| B5 |  |  |  |  |  |
| B6 |  |  |  |  |  |
| B7 |  |  |  |  |  |
| B8 |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |

*OBS.: Preencher a tabela em conformidade com a Resolução ANVISA RDC nº 222/2018.*

ATENÇÃO: Todas as páginas devem ser rubricadas e a última folha deve estar assinada.