



DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTOS
GERÊNCIA DE OPERAÇÕES DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Declaração de Contribuinte Gerador de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO: _____
CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____
ENDEREÇO: _____ CEP: _____
TELEFONE: _____ FAX: _____
E-MAIL: _____ CEP: _____
NOME DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO: _____
C.P.F.: _____ R.G.: _____
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1- Tipo de Estabelecimento

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatório (especifique em outros) | <input type="checkbox"/> Banco de Sangue | <input type="checkbox"/> Clínica Veterinária |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica com Procedimentos | <input type="checkbox"/> Consultório Médico | <input type="checkbox"/> Drogeria |
| <input type="checkbox"/> Estabelecimento de Ensino e Pesquisa na Área de Saúde | <input type="checkbox"/> Farmácia | <input type="checkbox"/> Funerária |
| <input type="checkbox"/> Clínica Odontológica | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal |
| <input type="checkbox"/> Laboratório | <input type="checkbox"/> Maternidade | <input type="checkbox"/> Necrotério |
| <input type="checkbox"/> Pronto Socorro | <input type="checkbox"/> Sanatório | <input type="checkbox"/> Unidade Móvel de Atendimento à Saúde |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Clínica de Podologia | |

2- Horário de funcionamento: _____

3- Número de Funcionários geradores de resíduos (Somente Médicos, Dentistas ou Técnicos): _____

4- Descrever o que contém o seu Resíduo de Serviço de Saúde: (tipo de lixo)

5- Se clínica médica, qual a especialização médica: _____

6- O estabelecimento possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Já implantado | <input type="checkbox"/> Em fase de análise/aprovação junto ao órgão ambiental |
| <input type="checkbox"/> Em elaboração | <input type="checkbox"/> Não possui |

7- Responsável pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do Estabelecimento.
Nome: _____ Cargo/Função: _____

DECLARAÇÕES

A -Frequência da coleta

Em função do tipo e da quantidade de resíduos, declare a sua necessidade de frequência de coleta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diária | <input type="checkbox"/> 1 vez a cada 2 meses |
| <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez a cada 3 meses |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez a cada 4 meses |
| <input type="checkbox"/> 2 vezes por mês | <input type="checkbox"/> 1 vez a cada 5 meses |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por mês | <input type="checkbox"/> 1 vez a cada 6 meses |



DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTOS
GERÊNCIA DE OPERAÇÕES DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Declaração de Contribuinte Gerador de Resíduos de Serviços de Saúde - RSS

B- Coletores para perfurocortantes (NBR 18853 de 05/1997)

Informar a quantidade de cada tipo (capacidade) de coletor utilizada por mês.

capacidade do coletor (litros)	Peso correspondente(Kg)	Quantidade gerada por mês(es) (unid.)
1,5 (1,1)	0,275	
3,00 (2,1)	0,525	
7,00 (4,9)	1,225	
13 (9,1)	2,275	
20 (14)	3,500	
outro valor	outro valor	Obs.: Os valores acima, poderão ser fracionados de acordo com a geração dos mesmos

C - Sacos plásticos para resíduos de serviços de saúde (NBR 9191 de set/02) - Sacos classe II

Informar a quantidade de cada tipo (capacidade) de saco plástico utilizado por mês.

Tipo	capacidade dos sacos (litros)	Peso correspondente(Kg)	Quantidade gerada por mês(es) (unid.)
A	15	3,75	
B	30	7,50	
C	50	12,50	
D	90	22,50	
E	100	25,00	
F	outro valor	outro valor	Obs.: Os valores acima, poderão ser fracionados de acordo com a geração dos mesmos

CONSIDERAÇÕES E INFORMAÇÕES

Com base nas normas, parâmetros consagrados e aferição local, adotou-se o peso específico de 0,25 Kg por litro de Resíduos de Serviços de Saúde.

As normas citadas NBR 18853 e NBR 9191 são da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).

A conta referente ao tratamento de Resíduos de Serviços de Saúde será cobrada dos geradores em campo próprio destacado na conta de água e esgoto.

O preço a ser cobrado será de R\$ 5,85 /Kg para o tratamento de RSS.

Exemplos:

Ex. 1- Se uma clínica ou consultório gerar 1 coletor de 3,00 litros mais 2 sacos de 30 litros por mês estará gerando 15,52 Kg/mês, assim o valor de sua conta será: $15,52 \times 5,70 = R\$ 88,49/mês$.

Ex. 2 - Quem gerar 1 coletor de 1,5 litros por mês pagará R\$ 1,57/mês.

Continua obrigatória a utilização de sacos plásticos brancos e coletores de perfurocortantes apropriados conforme Normas Técnicas e também a identificação dos mesmos com etiqueta padrão devidamente preenchida, com as quais serão fiscalizados o acondicionamento em embalagens apropriadas e a veracidade das quantidades declaradas .

Declaro que são verdadeiras as informações contidas neste cadastro e comprometo-me a informar quaisquer alterações de interesse.

Responsável: _____

Data: ____/____/____

Ass: _____

Obs .: Esta declaração deverá ser entregue ao próprio veículo coletor dos Resíduos de Serviços Saúde, ou enviada ao DAAE, Rua Domingos Barbieri 100 a/c Gerência de Resíduos Sólidos.