



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DO MEIO AMBIENTE, DESENVOLVIMENTO, CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO – SEMADESC

INSTITUTO DE MEIO AMBIENTE DE MATO GROSSO DO SUL - IMASUL



**COMUNICADO DE ATIVIDADE
GENÉRICO**

Atividade: HOSPITAIS Código: 2.54.1

Este CA, quando protocolado, constitui a **Licença de Instalação e Operação (LIO)**, autorizando seu detentor a desenvolver a atividade por período de **06 (seis) anos**.

1. ESPAÇO RESERVADO AO PROTOCOLO

23.010.432-2026

25/02/2026

Matheus Amaral
Coordenador de Atendimento - IMASUL
Matr. 501074023

2. OBJETO DO REQUERIMENTO

() LICENÇA DE INSTALAÇÃO E OPERAÇÃO – LIO
(X) RENOVAÇÃO DO CA-LIO 71/401980/2020.

3. OBSERVAÇÕES E CONDICIONANTES

- Este CA, uma vez que tenha sido protocolado junto ao órgão ambiental, deve ser mantido em original ou cópia autenticada no local da atividade para efeito de vistorias ou fiscalização;
- A validade deste CA está vinculada à exatidão das informações apresentadas pelo interessado e ao cumprimento das condições nele constantes, não eximindo o empreendedor do cumprimento das exigências estabelecidas em disposições legais aplicáveis;
- O IMASUL poderá a qualquer momento, invalidá-lo caso verifique discordância entre as informações e as características reais do empreendimento;
- A Eficiência do Sistema de Controle Ambiental - SCA é de responsabilidade exclusiva do empreendedor e do responsável técnico pelo projeto/execução;
- O titular de atividade ou empreendimento objeto deste CA deverá providenciar a destinação ambientalmente correta dos resíduos gerados em seu empreendimento ou atividade;
- Qualquer alteração no empreendimento deverá ser previamente autorizado pelo IMASUL/SEMAGRO/MS;
- Este CA não se aplica para atividades com locação em Unidades de Conservação de Proteção Integral, bem como em Áreas de Preservação Permanente, salvo quando atendidas as disposições da Lei Federal Lei Nº 12.651, de 25 de maio de 2012. Nos casos das demais unidades de conservação a locação da atividade objeto do presente CA deverá atender ao disposto no plano de manejo da unidade e/ou preceder de anuência emitida pelo órgão
- No prazo de até 120 dias antes de seu vencimento, deverá protocolar novo Comunicado de Atividade (CA) devidamente acompanhado de Relatório Técnico com ART, indicando o cumprimento das condicionantes e a efetividade do Sistema de Controle Ambiental do empreendimento ou atividade.

4. IDENTIFICAÇÃO DO EMPREENDIMENTO OU ATIVIDADE

Nome / Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

CPF e RG / CNPJ: 11.160.486/0001-41

Endereço: Rua Joaquim Murtinho 436,

Bairro: Centro

Município/UF: Porto Murtinho

CEP: 79280-530

Telefones: 3287-1462

e-mail: saude@portomurtinho.ms.gov.br

5. DADOS DO(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS)

Nome: **RITA DE CASSIA PADILHA**

CPF: 201.629.361-68

Endereço: Rua Drº Correa s/n

Município/UF: Porto Murtinho MSCEP: 79280-544

Telefones: 67 - 99823-7894 email: saude@portomurtinho.ms.gov.br

Nome: **Jaqueline Aparecida Peralta**

CPF: 037.278.911-06

Endereço: Rua Drº Correa s/n

Município/UF: Porto Murtinho MSCEP: 79280-544

Telefones: 67 - 9 9809-6825 email: saude@portomurtinho.ms.gov.br

6. DADOS DO IMÓVEL RURAL ONDE SE LOCALIZA A ATIVIDADE

Denominação do imóvel rural: -----

Município: -----

Matrícula/C.R.I./Comarca: -----

Área Total: -----

7. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ÁREA DIRETAMENTE AFETADA

10. DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome do profissional: Felipe Sampaio Filho

CPF: 021.066.001-51

Nº no Conselho de Classe: 15053D

ART: 1320260018130

Endereço: Rua dos Camalotes, 435

Bairro: Jockey Club I

Município/UF: Porto Murtinho MS

Cep: 79280 286

Telefones: 67 9 96047963

e-mail: engfelpesampaio@hotmail.com

Declaro, para todos efeitos, que o desenvolvimento da atividade se realizará conforme informações que integram este Comunicado de Atividade, pelas quais me responsabilizo em todo teor e conteúdo, sob as penas da Lei.

06 de fevereiro de 2026.



Documento assinado digitalmente

FELIPE SAMPAIO FILHO

Data: 06/02/2026 16:12:56-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura do Requerente

Assinatura do Responsável Técnico



Documento assinado digitalmente

RITA DE CASSIA PADILHA

Data: 06/02/2026 16:02:57-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>