

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE COBRANÇA DE TAXA DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE – RSS

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF N.º \_\_\_\_\_, Proprietário, Inquilino ou Síndico do  
imóvel matrícula DAAE N.º \_\_\_\_\_, venho por meio desta declarar  
que estou ciente e de acordo com a cobrança da taxa de Resíduos de Serviço de  
Saúde – RSS, na conta de água da matrícula acima informada, referente à atividade  
geradora denominada \_\_\_\_\_,  
devidamente instalada na sala / unidade / loja / consultório / estúdio \_\_\_\_\_.

Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável da conta de água informada para cobrança

Ao mesmo tempo, Eu \_\_\_\_\_,  
CPF N.º \_\_\_\_\_, responsável pela atividade geradora  
denominada \_\_\_\_\_,  
devidamente instalada na sala / unidade / loja / consultório / estúdio \_\_\_\_\_,  
do imóvel matrícula DAAE N.º \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e serem  
verdadeiras as informações por mim prestadas na ficha de cadastramento e nesta  
declaração, e ainda, estar de acordo com as condições de cobrança da taxa de RSS e  
seu respectivo pagamento na matrícula DAAE informada.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela atividade geradora de RSS