**ANEXO II**

# RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES COM PRODUTOS QUÍMICOS CONTROLADOS

Mês/Ano

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Campus** | **Instituto:** | **Unidade Utilizadora:** |
|  |  |  |
| **Telefone:** | **E-mail** | **Nome do Responsável / SIAPE** |
| ( ) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produto Químico Controlado** | **NCM** | **Concentração (%)** | **Densidade (Kg/L)** | **Estoque mês anterior** | **Utilização (Kg ou L)** | **Compra (Kg ou L)** | **Finalidade de Utilização** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBS1:** A densidade deve ser expressa em **quilograma por litro** e a concentração em **percentagem**, utilizando-se duas casas decimais, quando necessário.

**OBS2:** No caso de compra ou doação, é imprescindível anexar uma cópia da Nota Fiscal.

1. Declaro estar ciente da responsabilidade pela guarda, uso, controle e descarte do(s) produto(s) acima requisitado(s), conforme Lei 10.357/2001.
2. Declaro estar ciente da obrigatoriedade de envio mensal das informações de **UTILIZAÇÃO** e **COMPRA** de produtos químicos controlados, mesmo que no período não tenha ocorrido atividades, conforme Art. 53, Port. 240/2022.
3. Declaro a veracidade das informações acima.

Santarém, de de 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nome completo, matrícula e carimbo*