# Requerimento de Retificação de outorga de direito de uso das águas

|  |  |
| --- | --- |
|  | **No Processo** |

**(*Cidade, Data*)**

Diretoria Geral Instituto Mineiro de Gestão das Águas / IGAM

Cidade Administrativa de Minas Gerais - CAMG

Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n.º - Edifício Minas - 1º andar

Bairro Serra Verde - BH (MG)

Cep.: 31.630-900

Site: [www.igam.mg.gov.br](http://www.igam.mg.gov.br)

Site: www.semad.mg.gov.br

Senhor(a) Diretor(a),

**(*Nome do requerente*)**,CPF (ou CNPJ)No **(*CPF - pessoa física ou CNPJ - pessoa jurídica*)**, vem pelo presente requerer desse Instituto **(*Tabela 1 - Modalidade de outorga*)**, para a execução de **(*Tabela 2 - Uso dos recursos hídricos*)**, no ponto de coordenadas geográficas **(*Latitude e Longitude*)**, no **(*Nome do curso d’água - somente para água superficial*)**, na(o) **(*Fazenda, sítio, distrito etc*)**, município de **(*Nome do município*)**.

Declaro que a retificação em questão se refere a outorga autorizada pelo IGAM, através da Portaria **nº/ano.**

Declara, ainda, conhecer a legislação federal e estadual vigente sobre recursos hídricos e meio ambiente, cujo descumprimento ensejará, além da perda do direito de uso eventualmente deferido, a aplicação das penalidades previstas na mesma legislação, em especial a Lei nº 13.199, de 29 de janeiro de 1999, e sua regulamentação constante no Decreto nº 41.578, de 8 de março de 2001, bem como acarretará a aplicação das sanções previstas no Decreto nº 47.383, de 02 de março de 2018 e suas alterações posteriores e na Lei de Crimes Ambientais (Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998).

**Nestes termos, pede deferimento.**

Assinatura do requerente ou representante legal

|  |  |
| --- | --- |
| Logradouro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº:\_\_\_  Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cep:\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Caixa Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_ | Telefone:( )\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_  TeleFax :( )\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Completar os termos em negrito.*