

ATIVIDADE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA SUBANEXO XI-E DAS INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

I. INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMPETENTE

1. N.º DO PROTOCOLO _____

2. DATA DO PROTOCOLO _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO - REGISTRAR OS MESMO DADOS DO FORMULÁRIO AO QUAL PERTENCE ESTE ANEXO

9. RAZÃO SOCIAL / NOME _____

10. NOME FANTASIA _____

11. CPNJ / CPF _____

6. N.º CMVS DO ESTABELECIMENTO, SE HOUVER _____

III. CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE

68. Finalidade de uso da água: Solução Alternativa Tipo I Solução Alternativa Tipo II Outros Especificar: _____

69. População Abastecida (total): _____

70. O local é conectado à rede pública de abastecimento da água? Sim Não Não se aplica

71. A instalação hidráulica predial ligada à rede pública de abastecimento de água é independentemente da instalação hidráulica predial da solução alternativa coletiva de abastecimento de água? Sim Não Não se aplica

72. Tratamento da água da Solução Alternativa Coletiva / Sistema de Abastecimento de Água

TRATAMENTO	TIPO DE MANANCIAL		PRODUTOS UTILIZADOS*
	SUPERFICIAL	SUBTERRÂNEO	
I. Sem tratamento	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
II. Com tratamento (especificar abaixo)	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
a) Gradeamento	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
b) Caixa de Areia	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
c) Aeração	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
d) Pré-cloração	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Hipoclorito de Sódio <input type="checkbox"/> Cloro Gasoso <input type="checkbox"/> Ozônio <input type="checkbox"/>
e) Coagulação / Floculação	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Sulfato de Alumínio Ferroso <input type="checkbox"/> Cal Hidratada <input type="checkbox"/>
f) Decantação	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Sulfato férrico <input type="checkbox"/> Sulfato de Alumínio <input type="checkbox"/>
g) Flotação	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Hipoclorito de Sódio <input type="checkbox"/> Cloro Gasoso <input type="checkbox"/> Ozônio <input type="checkbox"/> Ultravioleta <input type="checkbox"/>
h) Filtração	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Hidróxido de Sódio <input type="checkbox"/> Barrilha de Carbonato de Cálcio <input type="checkbox"/> Cal Hidratada <input type="checkbox"/>
i) Desinfecção	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	Hexafluossilicato de sódio <input type="checkbox"/> Fluoreto de Sódio <input type="checkbox"/>
j) Correção de pH	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
k) Fluoretação	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. Natural <input type="checkbox"/> 3. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. Natural <input type="checkbox"/> 3. NÃO <input type="checkbox"/>	
Outros Tipos de Tratamento*:	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	1. SIM <input type="checkbox"/> 2. NÃO <input type="checkbox"/>	
*Especificar: _____			

73. Informações da Captação da Água			Outorga DAEE		Coordenadas do ponto de captação		
Tipo de Manancial/ Aquífero	Identificação	Vazão Média (m³/h)	Número	Data de Vencimento	Coordenada UTM Leste (m)	Coordenada UTM Norte (m)	Datum

IV - PLANO DE AMOSTRAGEM PARA CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA DE SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA

SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA N° _____

74. Plano de Amostragem - CNAE 3600-6/01

Parâmetro	Saída do Tratamento		Ponto de Consumo	
	Número de amostra	Frequência	Número de amostra	Frequência
Cor	1	Mensal		Mensal
pH	1	Mensal		Mensal
Turbidez	1	Mensal		Mensal
Colif. Totais	1	Mensal		Mensal
E. coli	1	Mensal		Mensal
CRL	1	Mensal		Mensal

*Período de 12 (doze) meses a contar da data de solicitação do cadastro

75. Plano de Amostragem - CNAE 3600-6/02

Parâmetro	Saída do Tratamento		Ponto de Consumo	
	Número de amostra	Frequência	Número de amostra	Frequência
Cor	1	Mensal		Mensal
pH	1	Mensal		Mensal
Turbidez	1	Mensal		Mensal
Colif. Totais	1	Mensal		Mensal
E. coli	1	Mensal		Mensal
CRL	1	Mensal		Mensal
Ferro Total	1	Mensal		
Nitrato	1	Mensal		

*Período de 12 (doze) meses a contar da data de solicitação do cadastro

76. Se as soluções alternativas coletivas estiverem localizadas no raio de 500 m de áreas contaminadas, informar:

- I. Número do parecer técnico CETESB: _____
- II. O(s) parâmetro(s) monitorado(s) na água bruta: _____
- III. A frequência e os meses de análise: _____

77. Para análises referentes à Portaria MS 2914/2011, informar:

- I. Os meses de análise: _____

Vistos dos responsáveis legal e técnico: São Paulo, ____ de _____ de 20__

Responsável Legal: _____ Responsável Técnico: _____

CPF: _____ N° Inscr. Conselho: _____