



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ANEXO I – RESOLUÇÃO SS 65, DE 12 DE MAIO DE 2005.

Cadastro do Sistema /Solução Alternativa de Abastecimento de Água para Consumo Humano

Nome do Sistema/Solução Alternativa:

Regional de Saúde:

Município/UF:

Código IBGE:

1. IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA/SOLUÇÃO ALTERNATIVA

Sistema Público

Solução Alternativa

Individual

Coletiva

Endereço do Sistema/Solução Alternativa

Rua:

nº

Bairro:

Município/UF:

CEP:

Fone/FAX:

e-mail:

Nome do Órgão, Empresa ou Entidade Responsável:

CNPJ:

Endereço Administrativo:

Rua:

nº

Bairro:

Município/UF:

CEP:

Fone/FAX:

e-mail:

Nome do Responsável Legal:

Nome do Responsável Técnico:

Formação :

Número do Registro no Conselho/ Unidade da Federação:

Abastece a Sede do Município



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Município Sede - Listar Distrito (s) e localidade(s) que abastece:
Empreendimento(s) que abastece: (preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)
Outros Municípios que abastece – Listar Distrito (s) e localidade (s) que abastece, por Município:
Data do Cadastro:

2. DADOS TÉCNICOS

População Abastecida:	% População Abastecida:
------------------------------	--------------------------------

Categories	Ligações Existentes	Economias Existentes	Com Hidrômetro
Residencial			
Comercial			
Industrial			
Pública			
TOTAL			

3. DESCRIÇÃO DO SISTEMA / SOLUÇÃO ALTERNATIVA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Manancial	Nome	Classe	Vazão Média Mensal(m ³)	Outorga (DAEE)	
				Número	Data de Vencimento
Água de Superfície <input type="checkbox"/> Rio <input type="checkbox"/> Lago <input type="checkbox"/> Represa <input type="checkbox"/> Outros					
<input type="checkbox"/> Poço Raso					
<input type="checkbox"/> Poço Profundo					
<input type="checkbox"/> Fonte/Nascente					
<input type="checkbox"/> Água de chuva					

Coordenadas do Ponto de Captação	
Longitude (grau/min/seg):	Latitude (grau/min/seg):

Tipo de Suprimento (Preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)			
<input type="checkbox"/> Caminhão-pipa	<input type="checkbox"/> Sem tratamento	<input type="checkbox"/> Com tratamento	
<input type="checkbox"/> Chafariz Bica/Fonte	<input type="checkbox"/> Sem tratamento	<input type="checkbox"/> Com tratamento	
<input type="checkbox"/> Outros.Especificar:	<input type="checkbox"/> Sem tratamento	<input type="checkbox"/> Com tratamento	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Tratamento	Tipo de Manancial		Produtos Utilizados*
	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Subterrâneo	
Sem tratamento	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Gradeamento	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Caixa de Areia	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Aeração	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Pré-cloração	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Coagulação/Floculação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Decantação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Flotação	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Filtração	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Desinfecção	<input type="checkbox"/> Cloro <input type="checkbox"/> Ozônio <input type="checkbox"/> Ultravioleta <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Cloro <input type="checkbox"/> Ozônio <input type="checkbox"/> Ultravioleta <input type="checkbox"/> Outros	
Correção de pH	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Fluoretação	<input type="checkbox"/> sim (Adicionado) <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim (Adicionado) <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> não	
Outros Tipos de Tratamentos Especificar:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

Obs: Preencher para cada unidade de tratamento que compõe o sistema ou solução alternativa.

* Descrever os produtos utilizados para cada etapa do tratamento.

Reservação	
Número de Reservatórios:	Capacidade Total(m ³):
Com que freqüência realiza a limpeza:	(meses)

Rede de Distribuição	
Existe cadastro da rede <input type="checkbox"/> Sim. Abrangência: _____ % <input type="checkbox"/> Não	Índice de perdas <input type="checkbox"/> Sim. _____ % <input type="checkbox"/> Não
Extensão Total da rede:	
Rede constituída de material : <input type="checkbox"/> Amianto <input type="checkbox"/> Ferro Fundido <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:	
Existe programa de descarga <input type="checkbox"/> Sim . Número de pontos: _____ . <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Não existe rede de distribuição/rede canalizada. (preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Laboratório do Controle de Qualidade		
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado	
Nome:		
Rua:	nº	Bairro:
Município/UF:	CEP:	
Fone/FAX:		
e-mail:		
<input type="checkbox"/> Não realiza controle.		

4. DADOS GERAIS

Média anual do consumo per capita (L/hab/dia):
Descrição das melhorias realizadas no Sistema/Solução Alternativa no último ano:
Previsão de implementação/implantação de melhorias (descrição e cronograma)
Possui serviço de atendimento ao consumidor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



CROQUI DO SISTEMA/SOLUÇÃO ALTERNATIVA:

Obs: No croqui deverá constar a localização com as indicações mínimas: Manancial (MAN) / ETAS (ETA) ou Ponto de Captação (PC) / Reservatórios (RES) / Pontas de Rede (PR)

Nome do responsável pelo preenchimento do cadastro/cargo:

Assinatura do responsável pelo preenchimento do cadastro:

Assinatura do responsável Legal/Responsável Técnico:

Cargo: _

Local e data: _____ / _____ / _____.