



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Anexo IV da Resolução Estadual SS 65 de 12 de abril de 2005.

Controle de Qualidade da Água de Consumo Humano Relatório Mensal da Solução Alternativa de Abastecimento de Água

Município:

Nome Solução

Alternativa:

Mês/Ano: ____/____/

Órgão/Empresa/Entidade responsável:

| Parâmetros | Saída do Tratamento | | | | Ponto de Consumo | | | |
|--|---------------------|---------------------|----------------|-----|--------------------|---------------------|----------------|-----|
| | Amostras previstas | Amostras realizadas | Fora do padrão | NA* | Amostras previstas | Amostras realizadas | Fora do padrão | NA* |
| Turbidez | | | | | | | | |
| Cloro residual livre | | | | | | | | |
| Coliforme Totais | | | | | | | | |
| Coliforme Termotolerantes/ Escherichia coli | | | | | | | | |
| Contagem Bactéria Heterotróficas | | | | | | | | |
| PH | | | | | | | | |
| Cor aparente | | | | | | | | |
| Odor | | | | | | | | |
| Gosto | | | | | | | | |
| Fluoreto | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* NA: não se aplica.

| | |
|--|--|
| Turbidez/ Média Mensal (UT) | |
| Turbidez /ValorMáximo encontrado (UT) | |
| Cloro residual Livre/ média mensal (mg/L) | |
| Cloro residual Livre/Valor mínimo encontrado (mg/L) | |



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



2.1. JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DE UM NÚMERO DE ANÁLISES INFERIOR AO PREVISTO NO PLANO DE AMOSTRAGEM

| PARÂMETRO | JUSTIFICATIVA |
|-----------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2.2. LOCALIZAÇÃO DOS PONTOS FORA DO PADRÃO DA ÁGUA NA SOLUÇÃO ALTERNATIVA

| Parâmetro | Local da Coleta | Data de coleta | Resultado da amostra | Descrever as providências tomadas | Data e Resultado da Recoleta |
|-----------|-----------------|----------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Reclamações de falta d'água

Não.

Sim. Número de reclamações _____

Não tem informação _____

Reparos na rede

Não se aplica

Sim. Número de reparos _____

Não tem informação _____

Intermitência do serviço de água: _____

Sim N° de domicílios : _____

Não

Responsável Legal/Técnico: _____

Assinatura: _____

Data do preenchimento: ____/____/____