



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ANEXO I da 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: GVS XVII

Município/UF: Paulínia - SP

Código IBGE:

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA/SOLUÇÃO ALTERNATIVA

<input type="checkbox"/> Sistema Público
<input type="checkbox"/> Solução Alternativa
<input type="checkbox"/> Individual
<input type="checkbox"/> 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:



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



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

## 2. DADOS TÉCNICOS

<b>População Abastecida:</b>	<b>% População Abastecida: 100 %</b>
------------------------------	--------------------------------------

Categorias	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 <sup>3</sup> )	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					

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



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



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

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"/> Cloro	
	<input type="checkbox"/> Ozônio	<input type="checkbox"/> Ozônio	
	<input type="checkbox"/> Ultravioleta	<input type="checkbox"/> Ultravioleta	
	<input type="checkbox"/> Outros	<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"/> sim (Adicionado)	
	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> Natural	
	<input type="checkbox"/> não	<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 <sup>3</sup> ):
Com que frequência realiza a limpeza:	6(meses)



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



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)	

Laboratório do Controle de Qualidade	
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado
Nome: _____	
Rua: _____	nº _____
Município/UF: _____	Bairro: _____
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**  
SUS 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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**