CADASTRO DO SISTEMA / SOLUÇÃO ALTERNATIVA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

(OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO)

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - Não Preencher

1. Nº. do Documento/Processo: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **2. Data do Protocolo:** |__|__|__|__|__|__|__|__|

II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (Registrar os mesmos dados do formulário ao qual pertence este anexo)

3. Razão Social/Nome: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

V - DESCRIÇÃO DO SISTEMA / SOLUÇÃO ALTERNATIVA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

15.

Manancial	Nome	Classe	Vasão Média Mensal (m^3)	Outorga (DAEE) Número	Outorga (DAEE) Data Vencimento
Água de Superfície ☐ Rio ☐ Lago ☐ Represa ☐ Outros					
☐ Poço Raso					
☐ Poço Profundo					
☐ Fonte/Nascente					
☐ Água de chuva					

16. Coordenadas do Ponto de Captação

Coordenada UTM Leste(m): _____ **Coordenada UTM Norte(m):** _____

Datum: _____ **Meridional Central:** _____

17. Tipo de Suprimento (Preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)

☐ **Caminhão-pipa** ☐ **Sem tratamento** ☐ **Com tratamento**

☐ **Chafariz Bica/Fonte** ☐ **Sem tratamento** ☐ **Com tratamento**

☐ **Outros.Especificar:** _____ ☐ **Sem tratamento** ☐ **Com tratamento**

18. ☐ **Não existe rede de distribuição/rede canalizada.**(preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)

19.

Tratamento	Tipo de Manancial: ☐ Superficial		☐ Subterrâneo		Produtos Utilizados*
Sem tratamento	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Gradeamento	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Caixa de Areia	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Aeração	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Pré-cloração	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Coagulação/Floculação	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Decantação	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Flotação	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Filtração	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Desinfecção	☐ Cloro	☐ Não	☐ Cloro	☐ Não	
	☐ Ozônio ☐ Ultravioleta ☐ Outros		☐ Ozônio ☐ Ultravioleta ☐ Outros		
Correção de pH	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	
Fluoretação	☐ Sim (Adicionado) ☐ Nartural ☐ Não		☐ Sim (Adicionado) ☐ Nartural ☐ Não		
Outros Tipos de Tratamentos Especificar:	☐ Sim	☐ Não	☐ Sim	☐ Não	

Obs: Preencher para cada unidade de tratamento que compõe o sistema ou solução alternativa.
* Descrever os produtos utilizados para cada etapa do tratamento.

20. Reservação

Número de Reservatórios: _____ **Capacidade Total(m3):** _____

Com que freqüência realiza a limpeza:_____ **(meses)**

21. Rede de Distribuição

Existe cadastro da rede

☐ Sim. Abrangência: _____ %

☐ Não

Índice de perdas

☐ Sim. Abrangência: _____ %

☐ Não

Extensão Total da rede: _____

Rede constituída de material:

☐ **Amianto** ☐ **Ferro Fundido** ☐ **PVC** ☐ **Outros. Especificar:** _____

Existe programa de descarga

☐ Sim. Número de pontos: _____

☐ Não

22. Laboratório do Controle de Qualidade

☐ **Próprio** ☐ **Tercerizado** ☐ **Não Realiza Controle**

Nome: |___|___|___|