



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



Resolução SS 65 , de 12 de Abril de 2005.

(Publicado no D.O.E de 13/04/2005, seção 1. pág. 18)

Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao Controle e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo e dá outras providências.

O Secretário da Saúde, com fundamento no inciso VI do artigo 200 da Constituição Federal e na Portaria 518 de 25 de março de 2004 do Ministério da Saúde, e:

Considerando a importância de garantir que a água destinada ao consumo humano atenda ao padrão de potabilidade e esteja sujeita ao controle e vigilância previstos pela legislação e pelas normas específicas, como medida de prevenção de doenças e promoção da saúde;

Considerando os deveres e obrigações dos níveis federal, estadual e municipal na vigilância da qualidade da água para consumo humano em sua área de competência, conforme Portaria MS 518/2004, ou diploma legal que vier a substituí-la;

Considerando os deveres e obrigações do responsável pela operação de sistema e/ou solução alternativa de abastecimento de água, conforme Portaria MS 518/2004 , ou diploma legal que vier a substituí-la;

Considerando que todo e qualquer sistema de abastecimento de água, seja público ou privado, individual ou coletivo, está sujeito à fiscalização da autoridade sanitária competente em todos os aspectos que possam afetar a saúde pública conforme disposto no Artigo 18 da Lei Estadual 10083/98, ou diploma legal que vier a substituí-la;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Considerando que o Centro de Vigilância Sanitária, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, é o responsável pela coordenação, acompanhamento e normalização do PROÁGUA- Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, conforme disposto na Resolução Estadual SS 45 de 31/01/1992;

Considerando a relevância das ações desenvolvidas pelo Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano “PROÁGUA” no Estado de São Paulo, no contexto das ações integrais de saúde;

Considerando os princípios e diretrizes do SUS, conforme Lei federal 8080 de 19/09/1990;

Considerando a publicação da Portaria MS 518 de 25 de março de 2004 que revogou a Portaria MS 1469 de 29 de dezembro de 2000 ;

Considerando a necessidade de adequar os procedimentos do PROÁGUA à legislação vigente, no tocante à relação entre os responsáveis pelos Sistemas e Soluções Alternativas de Abastecimento de Água, os Consumidores e a Autoridade Sanitária, resolve :

Artigo 1º - Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I. *Água potável*: Água para consumo humano cujos parâmetros microbiológicos, físicos, químicos e radioativos atendam ao padrão de potabilidade e que não ofereça riscos à saúde.

II. *Sistema de abastecimento de água para consumo humano*: instalação composta por conjunto de obras civis, materiais e equipamentos, destinada à produção e à distribuição canalizada de água potável para



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



populações, sob a responsabilidade do poder público, mesmo que administrada em regime de concessão ou permissão.

III. Solução alternativa de abastecimento de água para consumo humano: toda modalidade de abastecimento coletivo de água distinta do sistema de abastecimento de água, incluindo, entre outras, fontes, poços comunitários, distribuição por veículo transportador, instalações condominiais horizontais e verticais, estabelecimentos comerciais, industriais, prestadores de serviços e destinados ao lazer.

Artigo 2º - É dever e obrigação da Secretaria de Estado da Saúde promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água para consumo humano em sua área de competência, em articulação com o nível municipal e os responsáveis pelo controle de qualidade da água, nos termos da legislação que regulamenta o SUS e Portaria MS 518/2004 , ou diploma legal que vier a substituí-la.

Artigo 3º - É dever e obrigação da Secretaria Municipal de Saúde exercer a vigilância da qualidade da água para consumo humano em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle da qualidade da água, nos termos da legislação que regulamenta o SUS e Portaria MS 518/2004 , ou diploma legal que vier a substituí-la.

Artigo 4º - É dever e obrigação do responsável pela operação do sistema e/ou solução alternativa de abastecimento de água exercer o controle da qualidade da água de acordo com a Portaria MS 518/2004, ou diploma legal que vier a substituí-la.

Artigo 5º - É dever do usuário, construir e/ou manter, as instalações hidráulicas e sanitárias de seu imóvel em condições que garantam a manutenção da qualidade da água fornecida, bem como evitar o



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



comprometimento da qualidade da água na rede de distribuição do sistema ou solução alternativa de abastecimento de água.

Artigo 6º - Cabe ao(s) responsável(is) pela operação de sistema e/ou solução alternativa de abastecimento de água apresentar a autoridade sanitária municipal de sua localidade, os seguintes documentos:

I – Anualmente, até o dia 20 de março, o cadastro atualizado conforme modelo Anexo I.

II – Anualmente, até o dia 20 de janeiro, o plano de amostragem do ano corrente, da saída do tratamento e da rede de distribuição/ pontos de consumo, conforme modelo Anexo II.

III – Mensalmente, até o dia 20 de cada mês, o relatório mensal referente ao mês anterior do controle da qualidade da água da saída do tratamento e da rede de distribuição/pontos de consumo, conforme modelos Anexos III e IV.

Parágrafo único: Os sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água que realizam número de análises superior ao mínimo estabelecido pela Portaria MS 518/2004, ou instrumento normativo que vier a substituí-la, devem apresentar, nos relatórios, a totalidade das análises efetuadas e respectivos resultados analíticos.

Artigo 7º - A autoridade sanitária municipal a seu critério e a qualquer tempo realizará inspeção nos sistemas e nas soluções alternativas de abastecimento de água de modo a avaliar o potencial de risco para a saúde pública, notificando os responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas a sanar a(s) irregularidade(s) detectada(s).

Artigo 8º - A autoridade sanitária municipal deve solicitar aos responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



a apresentação de dados sobre outros parâmetros de qualidade de água no caso de suspeita ou comprovação de presença de agentes físicos, químicos, biológicos e radioativos na saída do tratamento, na rede de distribuição ou no manancial.

Artigo 9º - A autoridade sanitária municipal deve encaminhar a Vigilância Epidemiológica do seu município, os resultados anômalos dos parâmetros microbiológicos, resultante das análises de controle e vigilância, e outros resultados que aquela julgar necessário, com os respectivos endereços de ocorrência para verificação de impactos a saúde decorrentes da anomalia identificada.

Parágrafo único - A autoridade sanitária municipal deve encaminhar, trimestralmente, ao responsável pelo Programa de Saúde Bucal do município, dados referentes ao monitoramento dos teores de flúor, das águas destinadas ao consumo humano.

Artigo 10 - Cabe a autoridade sanitária municipal a manutenção atualizada dos registros no sistema de informações de qualidade da água, definido pelo nível federal e/ou estadual, e o envio de informações das ações do “PROÁGUA” desenvolvidas pelo município, à autoridade sanitária estadual regional.

Artigo 11 - Os veículos transportadores de água deverão atender a Portaria MS 518/2004 e a Resolução Estadual SS 48 de 31/03/99, ou instrumento normativo que vier a substituí-las.

Artigo 12 -. Ficam os sistemas de abastecimento de água obrigados a manter a concentração de íon fluoreto no intervalo 0,6 a 0,8 mg/L.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Parágrafo Único. Outros teores serão aceitos mediante comprovação do atendimento da Portaria 635/BSB de 26/12/75 e Resolução Estadual SS 250 de 26/04/1995, ou instrumento normativo que vier a substituí-las.

Artigo 13 - Para fins de determinação de trihalometanos (THM), na rede de distribuição, deverão ser eleitos como local de amostragem os pontos de consumo mais distantes da entrada da rede e/ou dos reservatórios de distribuição, respeitando os critérios para elaboração do Plano de Amostragem constantes na Portaria MS 518/2004, ou instrumento normativo que vier à substituí-la.

Artigo 14 – Fica proibida a utilização de dados de qualidade da água pelo consumidor, para propaganda, comercialização de produtos ou outros fins que possam prejudicar o desempenho e a qualidade do serviço prestado pelo sistema e/ou solução alternativa de abastecimento de água.

Artigo 15 - O não atendimento ao estabelecido na presente resolução, pelos responsáveis dos sistemas ou soluções alternativas de abastecimento de água, constitui infração sanitária, com sanções administrativas previstas em legislação específica.

Artigo 16 - Os dispositivos constantes nesta Resolução tem como referência a Portaria Federal MS 518 de 25 de março de 2004, ou outro diploma legal que vier a substituí-la, complementá-la ou alterá-la desde que a presente Resolução não apresente disposições em contrário à legislação em vigor no âmbito nacional.



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



Artigo 17- Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação ficando revogada a Resolução SS 04/2003 e disposições em contrário, retroagindo seus efeitos a 25 de março de 2004.

JOSÉ DA SILVA GUEDES
Secretário de Estado da Saúde



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:

Município/UF:

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



Abastece a Sede do Município <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:
------------------------------	--------------------------------

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 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):



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"/> 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 frequência realiza a limpeza:	(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. <small>(preencher somente no caso de soluções alternativas, quando for o caso)</small>	

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

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: / / .

ANEXO II DA RESOLUÇÃO SS 65 de 12 de Abril de 2005
Plano de Amostragem

Ano: _____ **Sistema/Solução Alternativa:** _____

Município: _____ **Data:** ____/____/____.

Análise	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho	
	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição
1.parâmetro	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade
2.metodologia	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.

Legenda:

- 1. especificar o parâmetro analisado
- 2. especificar a metodologia de análise

- 3. especificar a quantidade de amostras
- 4. especificar a frequência das análises

Preenchido por: Nome: _____ Ass: _____

Cargo: _____

Responsável Técnico (nome): _____ Ass: _____

Responsável Legal (nome): _____ Ass: _____

Cargo: _____

Plano de Amostragem

Ano: _____ Sistema/Solução Alternativa: _____

Município: _____ Data: ____/____/____.

Análise	Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro	
	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição	Saída Tratamento	Rede Distribuição
1.parâmetro	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade	3.quantidade
2.metodologia	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência	4.frequência
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.
1.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.	3.
2.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.	4.

Legenda:

- 1. especificar o parâmetro analisado
- 2. especificar a metodologia de análise

- 3. especificar a quantidade de amostras
- 4. especificar a frequência das análises

Preenchido por: Nome: _____ Ass: _____

Cargo: _____

Responsável Técnico (nome): _____ Ass: _____

Responsável Legal (nome): _____ Ass: _____

Cargo: _____



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Anexo III da Resolução Estadual SS 65 de 12 de Abril de 2005.

Controle de Qualidade da Água de Consumo Humano Relatório Mensal do Sistema de Abastecimento de Água

Município:

Nome Sistema:

Mês/Ano: ____/____/

Órgão/Empresa/Entidade responsável:

Parâmetros	Saída do Tratamento			Sistema de Distribuição		
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão
Turbidez						
Cloro residual livre						
Cloro combinado(1)						
Coliforme Totais						
Coliforme Termotolerantes/ Escherichia coli						
Contagem Bactéria Heterotróficas						
pH						
Cor aparente						
Odor						
Gosto						
Fluoreto						

(1) Preenchimento obrigatório para sistemas que utilizam cloroamoniação.

Turbidez/ Média Mensal (UT)	
Turbidez /Valor Máximo 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



Parâmetros Inorgânicos	Saída do Tratamento				Sistema de Distribuição			
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*
Antimônio								
Arsênio								
Bário								
Cádmio								
Cianeto								
Chumbo								
Cobre								
Cromo								
Merúrio								
Nitrato (como N)								
Nitrito (como N)								
Selênio (como N)								
Zinco								
Xileno								

*NA – Não se aplica

Agrotóxicos	Saída do Tratamento				Sistema de Distribuição			
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*
Alaclor								
Aldrin e Dieldrin								
Atrazina								
Bentazona								
Clordano (isômeros)								
2,4 D								
DDT (isômeros)								
Endossulfan								
Endrin								
Glifosato								
Heptacloro e Heptacloro epóxido								
Hexaclorobenzeno								
Lindano (γ -BHC)								
Metolacloro								
Metoxicloro								
Molinato								
Pendimetalina								
Pentaclorofenol								
Permetrina								
Propanil								
Simazina								
Trifluralina								

*NA – Não se aplica



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Parâmetro Orgânicos	Saída do Tratamento				Sistema de Distribuição			
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*
Acrilamida								
Benzeno								
Benzo(a)pireno								
Cloreto de Vinila								
1,2 Dicloroetano								
1,1 Dicloroetano								
Diclorometano								
Estireno								
Tetracloroeto de Carbono								
Tetracloroetano								
Triclorobenzenos								
Tricloroetano								

*NA – Não se aplica

Parâmetro Cianotoxinas	Saída do Tratamento				Sistema de Distribuição			
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*
Microcistinas								

*NA – Não se aplica

Parâmetros DESINFETANTES E PRODUTOS SECUNDÁRIOS DA DESINFECÇÃO	Saída do Tratamento				Sistema de Distribuição			
	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*	Amostras previstas	Amostras realizadas	Fora do padrão	NA*
Bromato								
Clorito								
Monocloramina								
2,4,6 Triclorofenol								
Trihalometanos Total								

*NA – Não se aplica



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



2.2. LOCALIZAÇÃO DOS PONTOS FORA DO PADRÃO DA ÁGUA DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO

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: ____/____/____



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: ____/____/____