FORMULÁRIO DE CONTROLE DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA - SAA
- Formulário de Entrada de Dados Mensais-

Data do preenchimento	03/05/2011

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Unidade da Federação	**Minas Gerais**	Município abastecido	**Monte Carmelo**
Nome do SAA	**DMAE - Sistema Celso Bueno**	Mês/Ano	**04/2011**

PARTE II – MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ÁGUA DO SAA

Turbidez	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
Número de amostras realizadas	**162**	**162**
Número de amostras fora dos padrões	**6**	**0**
Turbidez média mensal (UT)	**0,64**	
Turbidez máxima (UT)	**1,17**	

Cor	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
	Não se aplica ☐	**Não se aplica** ☐
Número de amostras realizadas	**162**	**162**
Número de amostras fora do padrão	**0**	**0**
Cor máxima mensal (uH)	**0,0**	
Cor média mensal (uH)	**0,0**	

pH	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
	Não se aplica ☐	**Não se aplica** ☐
Número de amostras realizadas	**720**	**80**

Cloro residual livre	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
	Não se aplica ☐	**Não se aplica** ☐
Número de amostras realizadas	**720**	**80**
Número de amostras fora do padrão	**0**	**0**
Cloro residual livre médio mensal (mg/L)	**0,90**	
Cloro residual livre mínimo (mg/L)	**0,65**	

CB

Outras formas de desinfecção:	
☐ Ozônio ☐ Ultravioleta ☐ Cloreto de Sódio	Outros ☐ Especificar

Coliforme	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
Número de amostras realizadas	**9**	**14**
Número de amostras com presença de coliformes totais em 100 mL	**0**	**0**
Número de amostras com presença de Escherichia coli ou coliformes termotolerante em 100 mL	**0**	**0**

Bactérias Heterotróficas	Sistema de Distribuição
Número de amostras realizadas	**1**
Número de amostras com mais de 500 unidades formadoras de colônia (ufc)/ml	**0**

Fluoreto	Saída do Tratamento	Sistema de Distribuição
	Não se aplica ☐	Não se aplica ☐
Número de amostras realizadas	**0**	**0**
Número de amostras fora dos padrões	**-**	**-**
Fluoreto máximo mensal (mg/L)	**-**	**-**
Fluoreto média mensal (mg/L)	**-**	

Cianobactérias/Cianotoxinas		
Cianobactérias	**Foi realizado o monitoramento mensal de cianobactérias no manancial?** ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	
Número de cianobactérias (cél./mL):		
Cianotoxinas: microcistinas	**Saída do tratamento**	**Entradas (hidrômetros) das clínicas de hemodiálise e indústrias de injetáveis**
	Não se aplica ☐	
Número de amostras realizadas	**1**	
Número de amostras fora do padrão	**0**	

CB

PARTE III – INFORMAÇÕES GERAIS DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Reclamações de falta d'água:		
Número de reclamações	1	☐ Sem informação

Reparos na rede:		
Número de reparos	0	☐ Sem informação

Existe intermitência do serviço de água: ☐ Sim ☒ Não ☐ Sem informação	
Se sim, quais as localidades atingidas	
Qual o número de domicílios atingidos com pelo menos um episódio de intermitência no mês	

Responsável pelo preenchimento	Sandra Maria Mota Rosa

CB