

## RELATÓRIO MENSAL DE QUALIDADE DA ÁGUA – ETA II

Em cumprimento ao Decreto Federal nº 5440/05 de 4 de maio de 2005 que estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento e institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano e, em consonância com o Anexo XX e XXI da Portaria de Consolidação nº 05-Consolidação das Normas sobre as Ações e os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde de 28 de Setembro de 2017 do Ministério da Saúde, que estabelece o padrão de potabilidade da Água segue-se o Relatório Mensal.

## Anexo III da Resolução Estadual SS 65 de Janeiro de 2005.

## Controle de Qualidade da Água de Consumo Humano

## Relatório Mensal do Sistema de Abastecimento de Água

Município: SBO Nome Sistema: DAE- SBO Mês/Ano: JANEIRO- 2018

Órgão/Empresa/Entidade responsável: Departamento de Água e Esgoto de Santa Bárbara d'Oeste

Parâmetros	PORTARIA 2.914 (do MS 12/12/2011)		Saída do Tratamento ETA II			Sistema de Distribuição		
	Unidade	VMP <sup>1)</sup>	Amostras previstas (diárias)	Amostras realizadas (mensal)	Fora do padrão (mensal)	Amostras previstas (mensal)	Amostras realizadas (mensal)	Fora do padrão (mensal)
	Turbidez	UT <sup>2)</sup>	0,5**	12	740	68	120	137
Cloro residual livre	mg/l	0,2 a 2,0(a)	12	740	0	120	137	0
Coliforme Totais	---	Ausente em 95%	4*	19	0	120	163	13****
Coliforme termotolerantes/ Escherichia coli	---	ausente	4*	19	0	120	163	0
Contagem Bactéria Heterotróficas	UFC <sup>3)</sup>	500	---	---	---	24	24	0
pH	---	6,0 a 9,5	12	740	0	120	137	0
Cor aparente	UH <sup>4)</sup>	15	12	740	0	120	137	0
Alumínio	mg/l	0,2	3*	12	0	16	22	0
Ferro	mg/l	0,3	3*	12	0	16	22	0
Manganês	mg/l	0,1	3*	12	0	16	22	0
Gosto***	intensidade	6	---	---	---	---	---	---
Odor***	intensidade	6	---	---	---	---	---	---
Fluoreto	mg/l	0,6 a 0,8	12	740	15	120	137	1
Microcistinas	ug/l <sup>5)</sup>	1,0	5	5	0	---	---	---
Saxitoxinas	ug/l <sup>6)</sup>	3,0	5	5	0	---	---	---
THM <sup>7)</sup>	mg/l	0,1	---	---	---	---	---	---

ETA REDE

Turbidez/Média Mensal (UT)

0,34 0,6

Turbidez/Valor Máximo encontrado (UT)

2,1 4,9

Cloro Residual Livre/ média mensal (mg/L)

1,53 0,7

Cloro Residual Livre/ Valor mínimo encontrado(mg/L)

0,7 0,2

(1) Preenchimento obrigatório para sistemas que utilizam cloroamoniação.

\* Quantidade de análises semanais

(2) - valor máximo permitido

(a) cloro livre na rede

(3) - unidade de turbidez

\*\* Saída do tratamento (Turbidez maior que 0,5 U.T)

(4) - unidade formadora de colônias

\*\*\* Gosto e odor-Frequência Trimestral

(5) - unidade Hazen (mg Pt-Co/L)

\*\*\*\*PROBLEMAS COM FRASCO DE COLETA

(6) – Micrograma por litro (frequência mensal nos mananciais)

(7) – Trihalometanos (frequência trimestral)

Parâmetro	Local da Coleta	Data da Coleta	Resultado da Amostra	Descrever as providências tomadas	Data e Resultado da Recoleta
FLUORETO					
1	CLINICA DE HEMODIÁLISE	7	0,5	ACERTO DE DOSAGEM	
C.T					
1	RESER.ROMANO ELEVADO	4	P	RECOLETA	RESULTADO NEGATIVO
2	RESER.DONA MARGARIDA ELEVADO	15	P	//	//
3	RESIDENCIAL FURLAN-R JOSÉ FURLAN N. 139	4	P	//	//
4	JD.PEROLA -RUA DO AMENDOIM N.338	4	P	//	//
5	RESIDENCIAL SÃO FRANCISCO -RUA TUPINAMBAS N.520	4	P	//	//
6	JD.FLABOYANT -RUA MONTE SIÃO N 530	4	P	//	//
7	CRUZEIRO DO SUL -AV CANDIDO BIGNOTTO N 45	5	P	//	//
8	VILA BORGES -RUA PRIMO SCOMPARIN N 154	5	P	//	//
9	SANTA CÍCILIA -RUA BAHIA N 826	15	P	//	//
10	PANAMBI-RUA DOS GIRASSÓIS N 326	15	P	//	//
11	PANTANO II-RUA NORMINDO J.CARMO N 50	22	P	//	//
12	CLINICA DE HEMODIÁLISE	4	P	//	//
13	CLINICA DE HEMODIÁLISE	11	P	//	//