



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO

01. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Razão Social:

C.N.P.J.:

Endereço Completo:

Telefone:

Fax:-

E-mail:

02. IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Razão Social:

C.N.P.J.:

Endereço Completo:

Lat/Long:

Telefone:

Fax:

E-mail:

Nº Licença de Funcionamento: não se aplica

Data: não se aplica

Atividades Autorizadas:

	Nº:	Órgão:	Data:
Outorga de Captação de Água			

Cadastro Federal de Uso da Água

Licença Ambiental

Responsável Técnico:

Conselho Regional:

UF:

Nº de Inscrição:

03. CARACTERIZAÇÃO DA INSPEÇÃO:

Inspeção: Inicial Alterações Sistemática Emergencial

Nº Relatório / Ano:

Período:

Data do Relatório:

04. OBJETIVO DA INSPEÇÃO:

Inspeção de rotina para verificação das condições de operação do sistema de abastecimento, bem como dos processos que estão sendo adotados para tratamento da água bruta.

05. PESSOAS CONTACTADAS:**06. RELATO DA SITUAÇÃO:**

Informações Gerais:
Instalações Físicas:
Manancial:
Captação:
Adução:
Estação Elevatória:
Uso e Armazenamento dos Insumos:
Floculação:
Decantação:
Filtração:
Desinfecção:
Fluoretação:
Reservação:
Distribuição:
Laboratório de Controle de Qualidade:
Segurança dos Trabalhadores:

07. CONCLUSÃO DA INSPEÇÃO:**08. MEDIDAS ADOTADAS: (termos e autos emitidos)****09. SITUAÇÃO**

<input type="checkbox"/> Satisfatório
<input type="checkbox"/> Satisfatório com restrições
<input type="checkbox"/> Insatisfatório
<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição parcial
<input type="checkbox"/> Insatisfatório com interdição total

Risco	<input type="checkbox"/> Elevado
	<input type="checkbox"/> Moderado
	<input type="checkbox"/> Baixo

10. EQUIPE

Nome do inspetor	Matrícula	Assinatura
------------------	-----------	------------

CIENTE: _____ Data: _____
Assinatura: _____