



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDENCIA DE EPIDEMIOLOGIA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SE/SES-MG



TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS – TCA / ÁGUA

A – Informações Gerais		Nº da Amostra:
Análise solicitada por: _____ Tel: (____) _____		
Local da Coleta: _____		
Endereço: _____		
Município: _____		
Coordenadas GPS: _____ S - _____	WO - _____	Altitude: _____
Data / Hora da Coleta: _____ de _____ de _____ às _____ : _____ horas.		
B – Dados Fornecidos pelo Responsável da Coleta		
♦ Mananciais : <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Mina <input type="checkbox"/> Outros: _____	♦ Origem da água: <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Rede Particular <input type="checkbox"/> Outros: _____	
♦ Tipo de Águas: <input type="checkbox"/> Tratada <input type="checkbox"/> <i>In natura</i>	♦ Chuva nas 24h anteriores: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
♦ Análise(s) solicitada(s): <input type="checkbox"/> F.Q. <input type="checkbox"/> Bact. <input type="checkbox"/> Outros: _____	♦ Teor de Cloro Residual Livre: _____ mg/L pH: _____	
Responsável pela Coleta: _____		Assinatura: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDENCIA DE EPIDEMIOLOGIA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SE/SES-MG



TERMO DE COLETA DE AMOSTRAS – TCA / ÁGUA

A – Informações Gerais		Nº da Amostra:
Análise solicitada por: _____ Tel: (____) _____		
Local da Coleta: _____		
Endereço: _____		
Município: _____		
Coordenadas GPS: _____ S - _____	WO - _____	Altitude: _____
Data / Hora da Coleta: _____ de _____ de _____ às _____ : _____ horas.		
B – Dados Fornecidos pelo Responsável da Coleta		
♦ Mananciais : <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Mina <input type="checkbox"/> Outros: _____	♦ Origem da água: <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Rede Particular <input type="checkbox"/> Outros: _____	
♦ Tipo de Águas: <input type="checkbox"/> Tratada <input type="checkbox"/> <i>In natura</i>	♦ Chuva nas 24h anteriores: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
♦ Análise(s) solicitada(s): <input type="checkbox"/> F.Q. <input type="checkbox"/> Bact. <input type="checkbox"/> Outros: _____	♦ Teor de Cloro Residual Livre: _____ mg/L pH: _____	
Responsável pela Coleta: _____		Assinatura: _____