

## Termo de Notificação - TN

Processo:	PCSB/CSB/0004/2016
Nome da Fiscalização:	AF no SAA e SES de Aquiraz (Sede) e suas localidades Tapera, Prainha e Porto das Dunas
Relatório de fiscalização:	RF/CSB/0005/2016

### 1. Identificação do Órgão Fiscalizador

Nome:	Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.
Endereço:	Av. Santos Dumont, 1789   14º andar   Aldeota   CEP 60150-160. Fortaleza-CE.
Telefone:	(85) 3101-1027

### 2. Identificação do Notificado

Nome:	CAGECE
CNPJ:	07040108000157
Responsável:	Neurisângelo Cavalcante de Freitas
Qualificação:	Concessionária dos Serviços de Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário
Endereço:	Av. Dr. Lauro Vieira Chaves, 1030 - Vila União, Fortaleza-CE

### 3. Descrição dos Fatos Apurados

Determinação:	Recomendação R2 (RF/CSB/0005/2016)
Constatações:	-Não foram apresentados os atestados de vacinação dos operadores de esgoto da Sede e de Tapera/Riviera.
Orientação:	A CAGECE providencie os atestados de vacinação dos operadores de esgoto do Município de Aquiraz e dos operadores de esgoto da localidade Tapera/ Riviera, Município de Aquiraz e providencie EPIs para o operador da ETE da Sede do Município de Aquiraz.
Fundamento Legal:	Recomendação - Não se caracteriza como não-conformidade por não se enquadrar nas infrações previstas na Resolução da ARCE nº 147/2010.
Infrações:	Recomendação - Não se enquadra nas infrações da Resolução 147/2010 da ARCE.

### 4. Ações a serem empreendidas pelo Notificado

O notificado terá o prazo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento deste Termo de Notificação, para se manifestar sobre o assunto nele tratado, oferecendo as informações e os documentos que considerar necessários ou convenientes à fiscalização. A manifestação deverá ser dirigida ao Coordenador da ARCE, indicado no quadro a seguir.

### 5. Representante do Órgão Fiscalizador

Nome:	Marcelo Silva de Almeida		
Cargo/Função:	Analista de Regulação	Matricula:	127-1-8
Lotação:	Coordenadoria de Saneamento		

Fortaleza, 02/05/2016	Assinatura:
Recebido em: __/__/____	
Por _____	
Identificação	Assinatura _____