



**PORTARIA Nº 88, DE 08 DE MARÇO DE 2024**  
**ANEXO II**  
**MEMORIAL DESCRITIVO DE EVENTOS**

**1. Identificação do Organizador do Evento:**

RAZÃO SOCIAL		
NOME DE FANTASIA		
ENDEREÇO		
TELEFONE	E-MAIL	CPF/CNPJ
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL OU ORGANIZADOR		DOCUMENTO IDENTIFICAÇÃO

**2. Identificação do Evento:**

NOME DO EVENTO	
NATUREZA DO EVENTO (ex.: religioso, esportivo, artístico entre outros)	
ENDEREÇO DO EVENTO	
DATA DO EVENTO	TEMPO DE DURAÇÃO (hora prevista de início e encerramento)
ESTIMATIVA DE PÚBLICO TOTAL	ESTIMATIVA DE PÚBLICO DIÁRIO
CARACTERÍSTICAS DO LOCAL E DA ESTRUTURA ONDE O EVENTO SERÁ REALIZADO (descrever neste campo e anexar leiaute)	
CRONOGRAMA DIÁRIO DE FUNCIONAMENTO	
CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ENVOLVIDA (ex.: público alvo, grupo etário, características culturais e outras)	



### 3. Prestação de serviços com relação de contratos

#### 3.1. Serviços de Alimentação

( ) **NÃO HAVERÁ** SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO NO EVENTO. Estou ciente de que o descumprimento desta Declaração configura infração sanitária, sujeitando o evento às penalidades de advertência, apreensão, interdição, cancelamento da Licença e/ou multa, apuradas em processo administrativo próprio.

( ) **HAVERÁ** SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO NO EVENTO. Estou ciente de que devo preencher o Formulário 3.1.1 (serviços regulares) e 3.1.2 (serviços provisórios) para cada instalação e serviço relacionados à manipulação de alimentos para os trabalhadores do evento e para o público.

#### 3.1.1 Formulário para instalações e serviços que funcionam regularmente:

A. Identificação da Empresa/Pessoa		
Razão Social/Nome:		
Endereço comercial:		
CNPJ/CPF:	Telefone:	E-mail:
Licença de Funcionamento /Cadastro (anexar cópia):		
Nome do Responsável serviço/instalação de preparo de alimento:		CPF:
B) Serão comercializados apenas alimentos industrializados, em suas embalagens originais? ( ) SIM ( ) NÃO		
C) Descreva sinteticamente os tipos de alimentos que serão comercializados ou anexe ao formulário o cardápio sugestivo.		
D) Haverá manipulação de alimentos no local? ( ) SIM ( ) NÃO		
E) Haverá alimentos pré-preparados ou preparados em outro local fora da área utilizada no evento? ( ) SIM ( ) NÃO		
F) Caso a resposta ao item "E" for SIM, informe:		
Endereço completo do local de preparo/pré-preparo:		
Transporte do alimento: ( ) próprio ( ) terceirizado		
Forma de transporte do alimento: ( ) veículo com refrigeração ( ) veículo isotérmico ( ) caixa térmica ( ) outros: _____		
Certificado de Vistoria de Veículo que realiza o transporte de alimento (anexar cópia): Nº _____ VEÍCULO MARCA: _____ PLACA: _____		



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Diretoria de Vigilância Sanitária  
Gerência de Apoio à Fiscalização

G) Estrutura do serviço/instalação (quando existente, especificar no campo a quantidade):		
<input type="checkbox"/> estabelecimento montado. <input type="checkbox"/> quiosque/barraca/tenda/stand montado. <input type="checkbox"/> unidade móvel – trailer, veículo adaptado ou carrinho <input type="checkbox"/> outro. Descrever: _____		
H) Equipamentos/infraestrutura disponíveis na unidade (quando existente, especificar no campo a quantidade):		
<input type="checkbox"/> refrigerador	<input type="checkbox"/> freezer	<input type="checkbox"/> câmara refrigeração
<input type="checkbox"/> forno micro-ondas	<input type="checkbox"/> forno elétrico	<input type="checkbox"/> forno combinado
<input type="checkbox"/> fogão/forno a gás	<input type="checkbox"/> pass through	<input type="checkbox"/> balcão térmico
<input type="checkbox"/> estufa	<input type="checkbox"/> pia	<input type="checkbox"/> lavatório
<input type="checkbox"/> sistema de exaustão	<input type="checkbox"/> ambiente climatizado	<input type="checkbox"/> termômetro
<input type="checkbox"/> outros. Especificar: _____		
I) Disponibilidade de energia elétrica:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
J) Gerador:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
K) Abastecimento da água:		
<input type="checkbox"/> Rede pública	<input type="checkbox"/> Caminhão pipa	<input type="checkbox"/> Poço artesiano
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____		
L) Descrever o porte de instalações sanitárias		
M) Capacitação dos Manipuladores em Boas Práticas		

### 3.2. Serviços

EMPRESA RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE SAÚDE DO EVENTO	
ENDEREÇO DA EMPRESA	
Nº CNPJ	Nº LICENÇA SANITÁRIA DF
CARACTERÍSTICAS DO LOCAL E DA ESTRUTURA ONDE O EVENTO SERÁ REALIZADO (previsão de procedimentos a serem executados nos postos de atendimento disponibilizados no local do evento e anexar leiaute com marcação do lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, lixeira com tampa e pedal para resíduos comuns e resíduos infectantes)	



Govorno do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Diretoria de Vigilância Sanitária  
Gerência de Apoio à Fiscalização

HOSPITAL/UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA – NOME / ENDEREÇO / CNPJ / LICENÇA SANITÁRIA (anexar contrato)

TERMO DE CIÊNCIA

**"O RESPONSÁVEL PELO EVENTO, AO APRESENTAR ESTE REQUERIMENTO, DECLARA ESTAR CIENTE DA OBRIGATORIEDADE DE CUMPRIR O CÓDIGO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E AS DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS APLICÁVEIS A SERVIÇOS DE SAÚDE E QUE, CONFORME AVALIAÇÃO DE RISCO, OUTRAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PODERÃO SER SOLICITADAS".**

UNIDADES MÓVEIS – AMBULÂNCIAS (se for terceirizado, anexar Contrato e Licença Sanitária)

TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA .	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO
TIPO <input type="checkbox"/> TIPO A – Ambulância de Transporte <input type="checkbox"/> TIPO B – Ambulância de Suporte Básico <input type="checkbox"/> TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado	PLACA	CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULO

Anexar Contrato de Prestação de Serviços com o organizador do evento

Anexar Protocolo de Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde, com contrato com a empresa responsável pela destinação final



### 3.3. Serviços de Apoio

EMPRESA RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE BRIGADISTA	
ENDEREÇO DA EMPRESA	
Nº CNPJ	NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO NO EVENTO
CARACTERÍSTICAS DOS POSTOS DE TRABALHO (descrever neste campo os equipamentos e material disponível, quantidade de brigadistas e indicar localização no leiaute do evento)	
EMPRESA RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE LIMPEZA	
ENDEREÇO DA EMPRESA	
Nº CNPJ	NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO NO EVENTO
CARACTERÍSTICAS DOS POSTOS DE TRABALHO (descrever neste campo os equipamentos e material disponível, quantidade de profissionais e indicar localização das instalações sanitárias no leiaute do evento)	

***Assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas.***

Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento  
Local e data