



MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA  
RECONHECIMENTO DE ESTABELECIMENTO  
COMO PONTO DE PARADA E DESCANSO**

**PONTO DE PARADA E DESCANSO - PPD**

**FORMULÁRIO ELETRÔNICO**

**Identificação do Estabelecimento**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| CNPJ:                    |  |
| Razão Social:            |  |
| Nome Fantasia:           |  |
| Inscrição Estadual:      |  |
| Inscrição Municipal:     |  |
| Alvará de Funcionamento: |  |
| Registro ANP:            |  |
| Telefone(s):             |  |
| E-mail:                  |  |
| Atividade Principal:     |  |

**Identificação do Proprietário**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Nome do Proprietário: |  |
| CPF:                  |  |
| Telefone(s):          |  |
| E-mail:               |  |

**Localização**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Município/UF:        |  |
| Rodovia:             |  |
| KM:                  |  |
| Nome da Rodovia:     |  |
| Condição da Rodovia: |  |
| Hemisfério:          |  |
| Latitude:            |  |
| Longitude:           |  |

**Estacionamento e Pátio de Manobra**

|   |           |   |           |
|---|-----------|---|-----------|
| Nº de Vagas para Veículos Grandes:                                  |           |   |           |
| Monitoramento Eletrônico: (SIM/NÃO)                                 | Selecione | Vigilância: (SIM/NÃO)                                 | Selecione |
| Controle de Acesso: (SIM/NÃO)                                       | Selecione | Local Cercado: (SIM/NÃO)                              | Selecione |
| Sinalização da área do estacionamento e pátio de manobra: (SIM/NÃO) | Selecione | Cobrança de Taxa de Permanência do Veículo: (SIM/NÃO) | Selecione |

**Instalações Sanitárias**

|  | Feminino  | Masculino |
|--|-----------|-----------|
| Sinalização Indicativa de localização: (SIM/NÃO) | Selecione | Selecione |
| Sistema de esgotamento: (SIM/NÃO)                | Selecione | Selecione |
| Rede de iluminação: (SIM/NÃO)                    | Selecione | Selecione |

**Gabinete Sanitário**

|             | Feminino | Masculino |
|-------------|----------|-----------|
| Quantidade: |          |           |

| Privativo: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
|--|-----------------------|--|-----------|
| Dispositivo de Fechamento: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Vaso Sanitário com Assento e Tampa: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Cesto de Lixo nos Gabinetes Sanitários: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Papel higiênico disponível: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Lavatório  |                       |  |           |
|  | Feminino              | Masculino                              |           |
| Quantidade:  |                       |  |           |
| Material para higienização de mão: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Material para secagem de mão: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Gabinete de Chuveiro   |                       |  |           |
|  | Feminino              | Masculino                              |           |
| Quantidade:  |                       |  |           |
| Individual: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Água fria: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Água quente: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Porta de acesso com dispositivo de fechamento: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Ralo sifonado: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Suporte para sabonete: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Selecione                              |           |
| Cabide de toalha: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Selecione                              |           |
| Ambiente para refeições  |                       |  |           |
| Sinalização Indicativa de Localização: (SIM/NÃO)   | Selecione             | Fácil Acesso às Instalações: (SIM/NÃO) | Selecione |
| Fácil Acesso às Fontes de Água Potável: (SIM/NÃO)  | Selecione             | Mesas e Assentos: (SIM/NÃO)            | Selecione |
| Água Potável Gratuita: (SIM/NÃO)   | Selecione             |  |           |
| Se sim, por qual meio? (Marque X)  | <input type="radio"/> | Bebedouro de jato inclinado            |           |
|  | <input type="radio"/> | Copos individuais                      |           |
|  | <input type="radio"/> | Outro equipamento similar              |           |
| Dados Complementares   |                       |  |           |
| É permitido que os usuários dos locais de espera, de repouso e de descanso utilizem a própria caixa de cozinha ou equipamento similar para preparo de suas refeições? (SIM/NÃO)                |                       |  | Selecione |
| O empreendimento está de acordo com disposto na Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, quanto à venda, ao fornecimento e ao consumo de bebidas alcoólicas? (SIM/NÃO)                           |                       |  | Selecione |
| É vedado o ingresso e a permanência de crianças e adolescentes nos locais de espera, de repouso e de descanso, salvo quando acompanhados pelos responsáveis ou por eles autorizados? (SIM/NÃO) |                       |  | Selecione |
| Responsável pelo Preenchimento   |                       |  |           |
| Nome:  |                       |  |           |
| CPF:   |                       |  |           |
| Informe o meio por qual deseja ser contatado:  |                       |  |           |
| Observações:   |                       |  |           |

| Identificação Visual   |  |                  |  |
|--|--|------------------|--|
| <i>Na sequência, anexar, para efeito comprobatório, fotos do estabelecimento, considerando, no mínimo, a fachada; o estacionamento e pátio de manobras; as instalações sanitárias; os gabinetes sanitários; os lavatórios; os chuveiros; os ambientes para refeições; e a sinalização.</i> |  |                  |  |
| Análise Prévia   |  |                  |  |
| <i>(a ser preenchida pelo órgão responsável)</i>   |  |                  |  |
| Data de Cadastro:  |  | Data de Análise: |  |
| Situação:  |  |                  |  |
| Justificativa (Analista):  |  |                  |  |