

ANEXO II
MEMORIAL DESCRITIVO DE EVENTOS
(RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 656,
DE 24 DE MARÇO DE 2022)
(RESOLUÇÃO RDC Nº 13, DE 28 DE MARÇO DE 2014)

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 (preencher para cada Instalação e Serviço relacionados à manipulação de alimentos responsável pelo fornecimento/preparação dos 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:

CNPJ/CPF:

Endereço comercial:

Telefone:

E-mail:

Quando exigido, nº Alvará Sanitário /Licença Sanitária /Cadastro (anexar cópia):

Responsável serviço/instalação de preparo de alimento:

Nome: CPF:

B) Serão comercializados apenas alimentos industrializados?

Sim

Não

C) Descreva sinteticamente os tipos de alimentos que serão comercializados ou anexe ao formulário o cardápio sugestivo.

3.1.2 Formulário para instalações e serviços provisórios:

A) Identificação da Empresa/Pessoa Razão Social/Nome:

CNPJ/CPF:

Endereço comercial:

Telefone:

E-mail:

Quando exigido, nº Alvará Sanitário /Licença Sanitária /Cadastro (anexar cópia):

Responsável serviço/instalação de preparo de alimento:

Nome:

CPF:

B) Serão comercializados apenas alimentos industrializados?

Sim

Não. Seguir para o campo C.

C) Descreva sinteticamente os tipos de alimentos que serão comercializados ou anexe ao formulário o cardápio sugestivo.

D) Identificação do local onde os alimentos serão preparados ou pré-preparados:

Local do evento. Seguir campo G.

Local sediado fora do evento. Seguir campo E.

E) Identificação do serviço/instalação de apoio (fora do local do evento) Razão Social/Pessoa Física:

CNPJ/CPF:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Quando exigido, nº Alvará Sanitário (anexar cópia):

F) Transporte do alimento:

Tipo de transporte:

próprio

terceirizado

Forma de transporte do alimento:

veículo com refrigeração

veículo isotérmico

caixa térmica

outros: _____

Possui licenciamento sanitário ou cadastro do veículo:

sim - Anexar cópia

não

G) Estrutura do serviço/instalação (quando existente, especificar no campo a quantidade):

estabelecimento montado.

quiosque/barraca/tenda/stand montado.

unidade móvel – trailer, veículo adaptado ou carrinho

outro. Descrever: _____

H) Equipamentos/infraestrutura disponíveis na unidade (quando existente, especificar no campo a quantidade):

refrigerador

freezer

câmara refrigeração

forno micro-ondas

forno elétrico

forno combinado

fogão/forno a gás

pass through

balcão térmico

estufa

pia

lavatório

sistema de exaustão

ambiente climatizado

termômetro

outros. Especificar: _____

I) Disponibilidade de energia elétrica:

Sim

Não

J) Gerador:

Sim

Não

K) Abastecimento da água:

Rede pública

Caminhão pipa

Poço artesiano

Outros. Especificar: _____

L) Descrever o aporte 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)	

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)	