

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉVIA DAS INSTALAÇÕES E DOS SERVIÇOS  
RELACIONADOS À MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS**

**I - Caracterização do Evento**

a) Nome do Evento: \_\_\_\_\_ b) Tipo de Evento: \_\_\_\_\_

c) Empresa ou Empresário responsável pelo Evento: \_\_\_\_\_

c.1) Personalidade Jurídica: ( ) Pessoa Jurídica – campo c.2

( ) Pessoa Física – campo c.3

c.2) Identificação da Empresa ou Empresário – para Pessoa Jurídica

Razão Social/Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

c.3) Pessoa da Organização responsável pela prestação de Serviços de Alimentação. (quando houver profissional habilitado contratado para esse fim, apresentar suas informações)

Nome: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Telefone móvel: \_\_\_\_\_

d) Público-alvo: \_\_\_\_\_ e) Qtd. Estimada de pessoas/dia: \_\_\_\_\_

f) Endereço do evento: \_\_\_\_\_

g) Período: \_\_\_\_\_ h) Horário de Funcionamento: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

i) Cronograma diário de funcionamento:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

j) Layout do evento (anexar)

**II – Instalações e Serviços relacionados à manipulação de alimentos:**

(Os campos a seguir deverão ser preenchidos de forma individualizada, por cada instalação ou serviço que fornecera alimentos.)

**II.1 – Formulário para instalações e serviços que funcionem regularmente:**

**a) Identificação da Empresa/Pessoa**

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual/Municipal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

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

Responsável pelo Serviço / Instalação 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.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## II.2 – Formulário para instalações e serviços provisórios:

(Os campos a seguir deverão ser preenchidos de forma individualizada, por cada instalação ou serviço que fornecera alimentos.)

### a) Identificação da Empresa/Pessoa

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Inscrição Estadual/Municipal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

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

Responsável pelo Serviço / Instalação de alimento:

Nome: \_\_\_\_\_

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.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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)

Nome/Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Quando exigido nº Alvará Sanitário (anexar cópia)

f) Transporte do Alimento:

( ) Próprio / ( ) Terceirizado

Forma de Transporte do Alimento:

( ) Veículo Refrigerado ( ) Veículo Isotérmico ( ) Caixa Térmica ( ) Outro: \_\_\_\_\_

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. Qtd: \_\_\_\_\_

( ) Quiosque/Barraca/Tenda/Stand Montado. Qtd: \_\_\_\_\_

( ) Unidade Móvel – Trailer, Veículo adaptado ou carrinho. Qtd: \_\_\_\_\_

( ) Outro – Descrever: \_\_\_\_\_

h) Equipamentos/Infraestruturas disponíveis na unidade (quando existente,

**especificar no campo a quantidade).**

- ( ) Refrigerador. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Freezer. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Câmara Refrigeração. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Forno micro-ondas. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Forno Elétrico. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Forno Combinado. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Fogão/Forno a Gás. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Pass through. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Balcão térmico. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Estufa. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Pia. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Lavatório. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Sistema de Exaustão. Qtd. \_\_\_\_\_ ( ) Ambiente Climatizado. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Termômetro. Qtd. \_\_\_\_\_  
( ) Outro – Descrever: \_\_\_\_\_

**i) Disponibilidade de Energia Elétrica?** ( ) Sim ( ) Não

**j) Gerador?** ( ) Sim ( ) Não

**k) Abastecimento da água:**

- ( ) Rede Pública ( ) Caminhão Pipa ( ) Poço Artesiano

Outro – Descrever: \_\_\_\_\_

**l) Descrever o aporte de instalações sanitárias:**

---

---

---

**m) Capacitação dos Manipuladores em Boas Práticas:** ( ) Sim ( ) Não

**n) Anexar plano de gerenciamento de resíduos, com ênfase ao local de armazenamento dos resíduos sólidos, cronograma de coleta e destino final.**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

(cabe ao organizador do Evento preencher por completo o formulário e protocolar junto a Vigilância Sanitária 30 dias antes, conforme artigo 12 da RDC nº 656/2022)

**Nome e assinatura do responsável pelo Preenchimento (anexar documento):**

\_\_\_\_\_

**Local e data:** \_\_\_\_\_