



PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



ANEXO I DA RDC Nº 656/2022

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉVIA DAS INSTALAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO	
Nome do evento:	
Tipo do evento:	
Empresa ou empresário responsável pelo evento:	
Personalidade jurídica: ☐ CNPJ (preencher campo A) ou ☐ CPF (preencher campo B)	
(A) IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA OU DO EMPRESÁRIO	
Razão social ou nome completo:	
CNPJ/CPF:	
Endereço completo (Rua, Avenida, Travessa):	Número:
Telefone (com DDD):	e-mail:
(B) PESSOA DA ORGANIZAÇÃO RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO*	
Nome completo:	
Formação profissional:	Número de registro no conselho:
Telefone (com DDD):	e-mail:
CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO	
Público-alvo (descrição detalhada):	
Quantidade de pessoas/dia:	Período em que será realizado:
Endereço completo do local de realização do evento:	
Horário de funcionamento:	Cronograma diário de funcionamento:
OBSERVAÇÃO: Anexe o leiaute do evento no Portal Directa, conforme processo aberto no SVS.	

*Quando houver profissional habilitado contratado para esse fim, apresentar suas informações;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



**FORMULÁRIO PARA INSTALAÇÕES E SERVIÇOS QUE FUNCIONAM
REGULAR**

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA	
Razão social ou nome completo da pessoa responsável:	
CNPJ/CPF:	Inscrição estadual/municipal:
Endereço comercial:	
Telefone (com DDD):	e-mail:
Número de alvará sanitário:	
Nome do responsável legal:	
CPF:	Serão comercializados apenas alimentos industrializados? ☐ Sim ☐ Não
Descreva sinteticamente os tipos de alimentos que serão comercializados ou anexe ao formulário o cardápio sugestivo:	

FORMULÁRIO PARA INSTALAÇÕES E SERVIÇOS PROVISÓRIOS

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA	
Razão social ou nome completo da pessoa responsável:	
CNPJ/CPF:	Inscrição estadual/municipal:
Endereço comercial:	
Telefone (com DDD):	e-mail:
Número de alvará sanitário:	
Nome do responsável legal:	
CPF:	Serão comercializados apenas alimentos industrializados? ☐ Sim ☐ Não
Descreva sinteticamente os tipos de alimentos que serão comercializados ou anexe ao formulário o cardápio sugestivo:	
IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL ONDE OS ALIMENTOS SERÃO PREPARADOS OU PRÉ-PREPARADOS	
Localizado dentro do evento? ☐ Não (preencha campo A) ☐ Sim (preencha campo B)	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



(A) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO/INSTALAÇÃO DE APOIO (FORA DO LOCAL DO EVENTO)

Razão social ou nome completo da pessoa responsável:	
Endereço completo:	
Telefone (com DDD)	e-mail:
Número do alvará sanitário:	

TRANSPORTE DO ALIMENTO

Tipo: ☐ 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	

(B) ESTRUTURA DO SERVIÇO/INSTALAÇÃO (QUANDO EXISTENTE, ESPECIFICAR NO CAMPO A QUANTIDADE):

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 Outros (descrever): _____	
Equipamentos/infraestrutura disponíveis na unidade (quando existente, especificar no campo a quantidade): ☐ Refrigerador _____ ☐ Freezer _____ ☐ Câmara fria _____ ☐ 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 (descrever): _____	
Disponibilidade de energia elétrica? ☐ Sim ☐ Não	Gerador? ☐ Sim ☐ Não
Abastecimento de água: ☐ Rede pública ☐ Caminhão pipa ☐ Poço artesiano ☐ Outra: _____	Capacitação dos manipuladores em Boas Práticas ☐ Sim ☐ Não
Descrever o aporte de instalações sanitárias: 	
Anexar plano de gerenciamento de resíduos, com ênfase ao local de armazenamento dos resíduos sólidos, cronograma de coleta e destino final.	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



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

Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento