



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Administração Regional de Águas Claras

ANEXO II

LICENÇA PARA EVENTOS – REQUERIMENTO

O interessado a seguir qualificado REQUER:		Nº do Requerimento:
Identificação	1. Nome/Razão Social	2. CPF/CNPJ
	3. Endereço ou coordenada	4. Telefones para contato:
		Celular:
5. Local de Realização do Evento:		
6. E-mail:		
7. Dias de realização do evento: () Domingo () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta () Sábado	8. Tipo do evento: () Único () Semanal () Todos	9. Data inicial: ____ / ____ / ____ Data final: ____ / ____ / ____
10. Observações Existência de Grupo Gerador? Existência de Posto de Atendimento Médico? Fará uso de líquidos inflamáveis/combustíveis e/ou pólvora? Fará uso de maca, procedimentos médicos de internação e/ou sedação? Uso de instalações elétricas provisórias? Quantidade de segurança particular contratada para o evento? _____		() Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
11. Horário de Funcionamento:		12. Público Máximo Estimado:
13. Responsável Técnico pela segurança que acompanhará as vistorias e executará as medidas corretivas determinadas pelo órgão ou entidade competente		14. Nº CREA ou CAU:
		15. Contato:
16. Data/hora de início da montagem de estrutura:	17. Data/hora de término da montagem de estrutura:	18. Data/hora de início de desmontagem:
17. Outras informações: 1. Declaro que não haverá montagem de estrutura a ser vistoriado pela Defesa Civil, conforme decreto em vigor. () Sim () Não 2. Em caso de mudanças no cenário, estará sujeito a penalizações legais. () Sim 3. Data e horário para as vistorias: _____ 3. Estrutura para alimentação () Sim () Não () Food Truck		
18. Data: ____ / ____ / ____		Assinatura
Parecer Ao Sr. Diretor		
As condições de segurança de funcionamento do estabelecimento estão de acordo com as normas em vigor.		
Horário Especial		
As condições de segurança e de funcionamento do estabelecimento estão de acordo com as		
Data: ____ / ____ / ____		Assinatura