



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**LICENÇA SANITÁRIA DE  
CARÁTER EVENTUAL**

EXERCÍCIO	CNPJ/CPF	CFDF	PERÍODO AUTORIZADO DE A
-----------	----------	------	----------------------------

*De acordo com as disposições legais e regulamentares em vigor, o(a)*

(RAZÃO SOCIAL/PROFISSIONAL AUTÔNOMO)

(ENDEREÇO COMPLETO)

**Responsável pelo evento:**

(NOME DO EVENTO)

(ENDEREÇO COMPLETO DO EVENTO)

*Está autorizado a desenvolver, no período e endereço do evento citados, a(s) seguinte(s) atividade(s) sujeita(s) a Licenciamento Sanitário, sob a responsabilidade técnica dos seguintes profissionais:*

(ATIVIDADE)	(RESPONSÁVEL TÉCNICO)	(FORMAÇÃO)	(CONSELHO/ Nº)

**Outras informações e observações:**

*Esta Licença deve ser afixada em local visível ao público.  
Sua validade é determinada e improrrogável.  
O desenvolvimento de outras atividades sujeitas a Licenciamento Sanitário não contempladas neste documento configura infração sanitária, sujeitando o responsável às penalidades previstas em Lei.*

Brasília-DF, 11 de abril de 2011.

(Matrícula e Assinatura do Servidor Responsável)

(Autoridade Sanitária Competente)