



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL
COORDENAÇÃO DE EVENTOS E ATIVIDADES ESPECIAIS
GERÊNCIA DE EVENTOS
ASSESSORIAS DE EVENTOS

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE EVENTO
CONTROLE DE LEVANTAMENTO TÉCNICO OPERACIONAL – CLTO

01				INFORMAÇÕES DO EVENTO			
Nome do evento:							
E-mail e/ou site de divulgação:							
Local (endereço):							
RA (Cidade):							
Data de início:		Data de término:					
Hora de início:		Hora de término:					
Público máximo:		Idade Mínima:					
Venda de Ingressos: () Não () Sim Quantidade: _____							
Anexo: () Ofício () Croqui () Programação () Mapa de Percurso () Outro: _____							
Informações adicionais: _____ _____							
02				NATUREZA DO EVENTO			
() Esportivo		() Carnavalesco		() Religioso		() Cultural	
() Feiras e Exposições		() Shows		() Ato Público		() Social	
03				CARACTERÍSTICAS DO LOCAL			
INTERNO				EXTERNO			
() Auditório				() Área verde			
() Estádio				() Autódromo / kartódromo			
() Estacionamento privado				() Estacionamento público			
() Galpão				() Praça			
() Ginásio				() Quadra de esportes			
() Salão				() Rodovia			
() Outro: _____				() Via urbana			
_____				() Outro: _____			

04				ESTRUTURAS PROVISÓRIAS () SIM () NÃO			
() Alambrado		() Brinquedo eletromecânico		() Iluminação		() Tenda	
() Arquibancada		() Brinquedo inflável		() Palco		() Trio elétrico	
() Banheiro		() Carro de som		() Pórtico / grid		() Torre	
() Barraca		() Grade		() Tablado		() Outro: _____	
() Barreira antipânico		() Grupo gerador		() Tapume		_____	

05				ESTRUTURA PARA ALIMENTAÇÃO / QUANTIDADE () SIM () NÃO			
() Ambulante _____		() Food Truck _____		() Quiosque _____			
() Barraca _____		() Tenda _____		() Outro: _____			

06				PROGRAMAÇÃO MUSICAL () SIM () NÃO			
Estilo:				Atração principal:			

Execução: () Ao vivo	() Mecânica	() Automotiva
-----------------------	--------------	----------------

07	PRESENÇA DE AUTORIDADE	() SIM	() NÃO
-----------	-------------------------------	---------	---------

() Internacional	() Federal	() Distrital
Nome: _____	_____	_____

08	QUEIMA DE FOGOS	() SIM	() NÃO
-----------	------------------------	---------	---------

Responsável:	CNPJ:
Empresa:	CPF:
Endereço:	Telefone:

09	SEGURANÇA PRIVADA	() SIM	() NÃO
-----------	--------------------------	---------	---------

Empresa contratada:	Quantidade:
CNPJ:	Telefone:
Endereço:	

10	BRIGADISTA	() SIM	() NÃO
-----------	-------------------	---------	---------

Empresa contratada:	Quantidade:
CNPJ:	Telefone:
Endereço:	

11	SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR
-----------	-------------------------------

Ambulância () SIM Qtd _____ () NÃO	Posto Médico () SIM Qtd _____ () NÃO
Empresa contratada:	
CNPJ:	Telefone:
Endereço:	

12	RESPONSÁVEL PELO EVENTO
-----------	--------------------------------

Nome (pessoa física/ jurídica):		
CPF ou CNPJ:	RG:	
E-mail:	Tel:	Cel:
Endereço:		
Procurador do evento:		
CPF ou CNPJ:	RG:	
Endereço:	Tel:	Cel:

Brasília-DF, ___/___/____.

Promotor do evento ou representante legal
(Conforme identidade)