



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE ALIMENTOS**



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, proprietário da  
empresa (Razão Social) \_\_\_\_\_,

CNPJ \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
**autorizo** o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, responsável

pela atividade de:

(  ) Manipulação de alimentos do estabelecimento

(  ) Gerência

(  ) Outra (especificar) \_\_\_\_\_,

capacitado no Curso de Boas Práticas Para Serviços de Alimentos, com carga horária mínima de 16h, homologado pela Secretaria Municipal da Saúde, a representar a empresa, supramencionada, na solicitação do Alvará de Saúde junto a esta Secretaria.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável