

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) médico(a)
_____, inscrito(a) no Conselho
Regional de Medicina sob o CRM nº _____/____, é o(a) responsável pelo
PCMSO de nossa organização, desde ____/____/_____.

Razão Social: _____.

CNPJ: _____.

As informações prestadas neste documento são de inteira responsabilidade
dos declarantes.

_____, ____ de _____ de 20____

Representante da Empresa

Médico Coordenador - PCMSO