

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL**  
**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, conforme estabelecido na Resolução CFM nº 2.376/2024, que o médico \_\_\_\_\_, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia sob o número \_\_\_\_\_, atua desde o dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ como responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) da empresa \_\_\_\_\_, inscrita sob o CNPJ Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA ELETRÔNICA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA)

Ciente e de acordo,

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA ELETRÔNICA DO MÉDICO RESPONSÁVEL – PCMSO)