

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)