

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 do DF sob o nº _____ é o responsável pelo
PCMSO da empresa _____
_____, inscrita sob o CNPJ nº
_____, tendo iniciado essa atividade em ____/____/_____.

Brasília/DF, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Representante da Empresa

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) Médico(a) Responsável – PCMSO