RESPONSABILIDADE DO PCMSO

Registro de Baixa de Médico Responsável pelo Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO

Nome: _____ CRM Nº: _____

Solicito registro de baixa, de acordo com a Resolução CREMERJ nº 335/2022 de 22 de julho de 2022, como responsável do PCMSO da Empresa _____ _____ , CNPJ _____ CNO _____, CAEPF _____. Informo que desde ____/____/____, não sou mais responsável pelo PCMSO na referida empresa.

As informações prestadas neste documento são de inteira responsabilidade do declarante.

Rio de Janeiro, _____ de _____de _____

_____
Assinatura e Carimbo do Médico