



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COORDENAÇÃO DO PCMSO

Registro de Coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional PCMSO

Nome: _____ CRM Nº: _____

Solicito registro, de acordo com a Resolução CREMERJ Nº 114/97, como coordenador do PCMSO a partir de ___/___/_____, na Empresa _____, de nome Fantasia _____ e CNPJ _____

CEI _____, localizado à _____

Bairro _____ Município _____ UF _____ CEP _____

Telefone (s) _____

INFORMAÇÕES CADASTRAIS:

- DA EMPRESA - a) CNAE: _____
a) Grau de Risco: _____
c) Nº Aproximado de Empregados: _____

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

Rio de Janeiro,.....de..... de

Assinatura e Carimbo do Médico