**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, nos termos da Resolução CFM 2.376/2024, que o médico <**NOME DO MÉDICO**>, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado do Goiás sob o CRM-GO <**Nº**> é o responsável pelo PCMSO da empresa <**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA**>, inscrita sob o CNPJ Nº <**Nº DO CNPJ**>, tendo iniciado essa atividade em \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Nome da cidade-UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_­­.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante da Empresa

Ciente e de acordo,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico Responsável – PCMSO