



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – CRM-SC

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 de Santa Catarina sob o CRM-SC <**Nº**> é o responsável pelo PCMSO da empresa <**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA ou PESSOA FÍSICA**>, inscrita sob o CNPJ ou CPF Nº <**Nº DO CNPJ ou CPF**>, tendo iniciado essa atividade em __/__/____.

Nome da cidade-UF, ____ de _____ de 20____.

Representante da Empresa ou Pessoa Física

Ciente e de acordo,

Médico Responsável – PCMSO