



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



**Registro de Baixa de Coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde
Ocupacional - PCMSO**

Nome: _____ CRM Nº: _____

Solicito registro de baixa, de acordo com a Resolução CREMERJ Nº 114/97, como coordenador do PCMSO da Empresa _____,

CNPJ _____

CEI _____. Informo que desde ____ / ____ / ____, não sou mais responsável pela Coordenação do 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