



Rio de Janeiro, de de 20 .

Ao Sindilojas-Rio

A/C: Departamento de Medicina Ocupacional

CANCELAMENTO DO PPRA E DO PCMSO

Solicitamos o cancelamento do PPRA e do PCMSO da empresa
_____, localizada na Rua _____
_____, inscrita no CNPJ sob o
nº _____.

Motivo(s): _____

_____.

**CARIMBO DA EMPRESA
COM CNPJ E ENDEREÇO.**

Grato(a),

Ass. do Responsável