



**Fundação São Paulo**  
**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**FCMS**  
**Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde**  
Rua Joubert Wey, 290  
CEP. 18030-070 – Sorocaba – SP  
Fone: (015) 3212-9900

## **DECLARAÇÃO**

Declaro, para o fim específico de validação de minha matrícula no Programa de Residência Médica da FCMS – PUC/SP que, comprometo-me a completar minha documentação até **30 de março**, sob pena de cancelamento da minha matrícula.

Sorocaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

Nome: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Documentos faltantes:

<input type="checkbox"/> Diploma de Graduação
<input type="checkbox"/> Certificado Conclusão RM reconhecido pela CNRM
<input type="checkbox"/> Registro no Cremesp (CRM/SP)