



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

**FCMS**

**Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde**

**PUC/SP – Campus Sorocaba**

Rua Joubert Wey, 290

CEP. 18030-070 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3212-9900

Fax: (15) 3212-9879

**PUC-SP**

## **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 2026.

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

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

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

Documentos faltantes:

Diploma de Graduação

Certificado Conclusão RM reconhecido pela CNRM

Registro no Cremesp (CRM/SP)