



**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

## **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)                   |