



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

Av. Dr. Arnaldo, 351 – Cerqueira César - São Paulo / SP  
2º andar - Sala 205 - Telefone: 11 3066-8157

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE MATRÍCULA**

Não será permitida a matrícula de um mesmo candidato em mais de um dos Programas de Residência Médica.

O candidato que, após matriculado em qualquer Programa de Residência Médica, optar, por qualquer motivo, em fazer qualquer outra Residência Médica terá que, ao efetivar a segunda matrícula, cancelar, em no máximo 3 (três) dias úteis, a matrícula anterior preenchendo, em 2 (duas) vias, impresso próprio de cancelamento de matrícula, junto à instituição.

O candidato que permanecer matriculado, por mais de 3 (três) dias úteis, em mais de um Programa de Residência Médica terá, automaticamente, todas as matrículas canceladas, sem possibilidade de recuperá-las.

DECLARARO QUE:

Não estou matriculado nem tenho vaga reservada para o próximo ano, por motivo de convocação para o serviço militar, em qualquer outro programa de Residência Médica.

Estou matriculado no seguinte Programa de Residência Médica:

Instituição: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_

e que solicitarei o cancelamento dessa matrícula por escrito, em no máximo três dias úteis a contar desta data.

Tenho vaga reservada para o próximo ano, por motivo de convocação para o serviço militar, no seguinte Programa de Residência Médica:

Instituição: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_

e que solicitarei o cancelamento dessa matrícula por escrito, em no máximo três dias úteis a contar desta data.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura