



Imprima e guarde seu comprovante do processo de rematrícula. Lembramos que esse documento pode ser solicitado pela Secretaria Acadêmica.

FUNDACAO DO ABC - FACULDADE DE MEDICINA DO ABC
57.571.275/0007-98

COMPROVANTE DE MATRÍCULA

Período letivo: 2017

Curso: MEDICINA Habilitação: HABILITACAO MEDICINA

Período: 5 Turno: INTEGRAL

Identificação**Matrícula:** 016614**Nome:** SOFIA WALIGORA DE CARVALHO LAGES**Pai:** EDUARDO DE CARVALHO LAGES**Mãe:** MIRIAM WALIGORA LAGES

RA: 016614

NOME: SOFIA WALIGORA DE CARVALHO LAGES

ENDEREÇO: RUA REPUBLICA DOMINICANA, 288 , VL TRAMONTINA, SÃO PAULO/SP

CURSO: MEDICINA - HABILITACAO MEDICINA - INTEGRAL

DATA: Santo André, 18 de dezembro 2016

Sua rematrícula para ano letivo de 2017 foi efetivada com sucesso.

A confirmação da matricula se dara após o pagamento do boleto bancário.



FUNDACAO DO ABC - FACULDADE DE
MEDICINA DO ABC

SOFIA WALIGORA DE CARVALHO LAGES
ALUNO(A) CONTRATANTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

NOME: _____

RG: _____

RG: _____

Comprovante de Matrícula

SANTO ANDRÉ, 18 de dezembro 2016



FUNDACAO DO ABC - FACULDADE DE
MEDICINA DO ABC

SOFIA WALIGORA DE CARVALHO LAGES
ALUNO(A) CONTRATANTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS:

NOME: _____

NOME: _____

RG: _____

RG: _____