

DECLARAÇÃO

Eu, _____, CPF nº _____, responsável financeiro pelo aluno(a) _____, CPF nº _____, **DECLARO**, para todos os fins de direito, a **expressa ciência** de que o valor da semestralidade correspondente ao 12º (décimo segundo) período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda é o valor constante no Contrato de Prestação de Serviços Educacionais de 2025.1 e independe da data e/ou mês de início e conclusão do semestre, considerando, ainda, que as atividades respectivas ao referido período iniciam em 13/01/2025 com previsão de conclusão em 04/06/2025.

Olinda/PE, ____ de _____ de _____.

CONTRANTE (ALUNO/BENEFICIÁRIO)

(RESPONSÁVEL FINANCEIRO)