



PROCESSO SELETIVO – EDITAL N° 01/2025
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026

ANEXO IV
DA BONIFICAÇÃO – PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA – PROVAB
(Declaração deve ser enviada somente por candidato participante do Programa)

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO ADICIONAL PROVAB

Eu, _____
inscrito no CPF nº _____, declaro que participei e cumpri integralmente o PROGRAMA DE
VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB, concluído em _____.

Declaro, ainda, não ter utilizado a pontuação adicional acima em outro Programa de Residência Médica.

Declaro, por fim, sob as penas da Lei, que essa declaração é verdadeira e idônea.

_____, ____ de _____ de 2025.
Cidade Dia Mês

Assinatura do(a) Candidato(a)