



## **ANEXO IV**

### **DA BONIFICAÇÃO - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRMGFC) (Declaração deve ser enviada somente por candidato participante do Programa)**

#### **DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO ADICIONAL PRMGFC**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador(a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,  
declaro que participei e cumpri integralmente o Programa de Residência em Medicina de Família e  
Comunidade/Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC);

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 202\_\_.  
*Cidade Dia Mês*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) Candidato(a)*