

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB

OU

PRMGFC – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM OUTRO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

(Declaração deve ser enviada somente por candidato participante do Programa)

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a)  
da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_ inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,  
declaro não ter utilizado a pontuação adicional referente ao certificado do PROVAB em outro Programa de Residência Médica,  
nos termos do parágrafo 2º do artigo 9º da Resolução nº 02/2015, declarando sob as penas da Lei, que essa declaração é  
verdadeira e idônea.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

Assinatura do candidato