

ANEXO III**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.

Aracaju, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do candidato