

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.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do candidato