



## ANEXO IV

### DA BONIFICAÇÃO - PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRMGFC) OU PROGRAMA “MAIS MÉDICOS”

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

#### DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO ADICIONAL PROVAB OU PRMGFC

Eu, \_\_\_\_\_  
portador(a) da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,  
declaro:

participei e cumpri integralmente o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade/Medicina  
Geral de Família e Comunidade (PRMGFC); **OU**

participei e cumpri integralmente o Programa “Mais Médicos”

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 2024.  
*Cidade Dia Mês*

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