



PROCESSO SELETIVO – EDITAL N° 01/2026
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026

ANEXO IV

DA BONIFICAÇÃO – PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB

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

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO ADICIONAL PROVAB

Eu, _____,
inscrito no CPF nº _____, declaro que participei e cumpri integralmente o PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB, concluído em _____.
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 2026.
Cidade *Dia* *Mês*

Assinatura do(a) Candidato(a)