

**ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB OU  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA 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.

Goiânia (GO), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.