

**ANEXO III - DECLARAÇÃO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB EM OUTRO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA**

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, tendo em vista a vedação contida no parágrafo 2º do artigo 9º da Resolução nº 02/2015 da Secretaria de Educação Superior – Comissão Nacional de Residência Médica.

Declaro ainda que desejo utilizar a bonificação prevista em Edital no processo da Residência Médica da Santa Casa BH – Edital 01/2019

Declaro ainda sob as penas da Lei, que essa declaração é verdadeira e idônea.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Belo Horizonte/MG, ____ de _____ de 2019