ANEXO IV – TERMO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB

Nome: _____

R.G. nº _____ CPF nº _____

Declaro possuir **PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB**, conforme preceitua a Res. nº02/2015 da CNRM e Res. CNRM nº 35 de 09/01/2018, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por esta informação.

Declaro ainda não ter não ter feito aproveitamento do **PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB** em outro programa de RESIDÊNCIA MÉDICA, conforme preceitua a Res. nº02/2015 da CNRM e Res. CNRM nº 35 de 09/01/2018, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por esta informação.

_____, ____/____/_____
Local Data

_____
Assinatura do(a) candidato(a)