

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) da
carteira de identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF nº _____,
residente e domiciliado na cidade de _____, estado _____, no endereço

candidato(a) inscrito(a) no Processo Seletivo de Residência Médica do Hospital Santa Catarina 2020,
DECLARO para os devidos fins que **não utilizei a pontuação adicional para início de alguma Residência Médica, conforme disposto na Resolução nº 1, de 2 de janeiro de 2014, da CNRM, sendo certo que a utilização da aludida pontuação adicional é utilizada pela primeira vez neste processo seletivo.**

Programa e pontuação a ser utilizada:

– Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)

O candidato que tiver participado e cumprido integralmente o estabelecido no **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)**, e que constar na lista de nomes publicados em lista atualizada periodicamente no sítio eletrônico do Ministério da Educação (<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>), poderá requerer, nos termos do disposto na Resolução CNRM nº 35 de 9/01/2018, a pontuação adicional de 10% na nota de cada uma das fases desse processo seletivo.

– Programa de RESIDÊNCIA em Medicina GERAL de Família e Comunidade (PRMGFC)

O candidato que tiver concluído o **Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC)**, comprovado mediante certificado de conclusão ou declaração de participação do programa com duração de dois anos, reconhecido pela CNRM, poderá requerer, nos termos do disposto na Resolução CNRM nº 2 de 27/08/2015, a pontuação adicional de 10% na nota de cada uma das fases deste processo seletivo de acesso para Programas de Residência de outras especialidades.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pela declaração acima sob as penas da lei, assino para que produza seus efeitos.

_____ (cidade), _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Candidato(a)