



ANEXO IV – TERMO DE NÃO UTILIZAÇÃO DO PROVAB

Nome: _____

R.G _____ CPF _____

Declaro 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, assumindo total responsabilidade jurídica (cível e penal) por esta informação.

_____, ____/____/____

Assinatura do (a) candidato (a)