

SOLICITAÇÃO DE PONTUAÇÃO ADICIONAL PRMGFC, PROVAB, MAIS MÉDICOS
CONCURSO ABERTO PELO EDITAL 002/2025

Eu, _____, Portador do CPF nº _____ e CRM/UF nº _____, candidato ao Programa de Residência Médica – Área de _____, venho, por meio deste, solicitar a pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases do Processo Seletivo, com fundamento na minha participação em um dos programas abaixo relacionados:

1. PRMGFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

1.1. () TER FREQUENTADO O PRMGFC, com início em /_____ e término em /_____

Documentos comprobatórios:

() Cópia da Cédula de Identidade e CPF;

() Certificado de conclusão do PRMGFC, emitido pela instituição de origem e devidamente registrado na CNRM.

1.2. () ESTAR FREQUENTANDO O PRMGFC, com início em /_____ e previsão de término em /_____

Documentos comprobatórios:

a) () Cópia da Cédula de Identidade e CPF;

b) () Declaração da instituição de origem informando a frequência no PRMGFC, com indicação das datas de início e término previstas;

c) () Cópia do parecer de credenciamento do Programa junto à CNRM.

2. PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

() TER FREQUENTADO E CONCLUÍDO O PROVAB no ano de _____

Documentos comprobatórios:

() Cópia da Cédula de Identidade e CPF;

() Certificado de conclusão do PROVAB, emitido pela SGTES/MS.

3. PMM – Programa “Mais Médicos”

Período de atuação: /_____ a /_____

Documentos comprobatórios:

() Cópia da Cédula de Identidade e CPF;

() Comprovante de participação/atuação no Programa “Mais Médicos”, emitido por órgão oficial, contendo **mínimo de 1 (um) ano de atividade.**

Data de admissão no Mais Médicos: /_____ Data de desligamento: /_____

Declaro estar **ciente das normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)** e deste **Edital**, referentes à pontuação adicional de 10% concedida aos participantes do **PROVAB, PRMGFC e Mais Médicos**, bem como que:

- A pontuação adicional poderá ser utilizada **apenas uma única vez**;
- Poderão ser publicados **editais complementares** sobre o assunto;
- As informações aqui prestadas são verdadeiras, sob as penas do **Art. 299 do Código Penal**.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) candidato(a): _____

() PROVAB () PRMGFC () MAIS MÉDICOS

Observações:

- Este formulário deve ser **impresso, preenchido e assinado**.
- Os documentos comprobatórios devem ser **digitalizados em arquivo único (PDF)**, contendo o **requerimento e os anexos e enviado ao e-mail**

Protocolar formulário via email da COREME residencia.medica@unicesumar.edu.br com assunto: Pontuação Extra