



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

PARTE INTEGRANTE DO EDITAL 007/2020 - COREME/AMS

ANEXO III

**SOLICITAÇÃO DE PONTUAÇÃO DE 10% PROVAB**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) ao  
Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, venho solicitar a pontuação  
adicional de 10% na nota de todas as fases do processo seletivo por ter frequentado e concluído o  
PROVAB no ano \_\_\_\_\_, conforme cópia do documento anexo.

Declaro estar ciente das normas da Comissão Nacional de Residência Médica e deste  
edital, sobre a pontuação adicional de 10% do PROVAB, bem como a possibilidade de utilização da  
pontuação adicional por uma única vez e que poderá(ão) ser publicado(s) edital(is) complementar(es)  
sobre o assunto.

Por ser expressão da verdade, sob pena de responsabilidade conforme Art. 299 do  
Código Penal, dato e assino o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do candidato