

**ANEXO I**  
**DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE MATRÍCULA NO PROGRAMA DE**  
**RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Declaro, sob as penas da lei, para fins de habilitação no processo de seleção regido pelo Edital Conjunto nº 3/2024, de \_\_\_\_\_ Agosto de 2024, que o (a) profissional \_\_\_\_\_ inscrito (a) no Cadastro de Pessoa Física (CPF) sob o nº \_\_\_\_\_, exerce a função de Residente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (ou no Programa de Ano Adicional ou área de Atuação Medicina de Família e Comunidade) na Instituição \_\_\_\_\_, com registro regular no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

(Nome e assinatura do (a) Coordenador(a) da Comissão de Residência Médica COREME ou Vice-Coordenador(a) da Comissão de Residência Médica COREME da Instituição a qual o médico-residente está matriculado)