



## Edital de Transferência

# PASSO A PASSO

**ATENÇÃO!** O presente edital é destinado aos profissionais ativos como bolsistas no Programa Médicos pelo Brasil que desejam transferir-se voluntariamente para o Programa Mais Médicos, mantendo a atuação no mesmo local.



### IMPORTANTE

- Caso seu CPF não esteja apto ao realizar a inscrição entre em contato nos e-mails [cspro@agenciasus.org.br](mailto:cspro@agenciasus.org.br) ou [faleconosco@agenciasus.org.br](mailto:faleconosco@agenciasus.org.br)



# Página de Inscrição

Inscrição / Identificação

## Inscrição

Dados do Programa

Programa

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Ciclo

QUADRAGESIMO TERCEIRO

Edital

EDITAL TRANSFERENCIA

Período de Inscrição

19/09/2025 00:00:00 até 10/11/2025 00:00:00

Perfil

Perfil 1: médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM

CPF \*

Data de Nascimento \*

E-mail \*

Confirmação do e-mail \*

Senha \*

Confirmação da senha \*

Não sou um robô

Os Termos de Serviço do reCAPTCHA estão mudando. [Acesse](#).

reCAPTCHA

Privacidade • Termos

Atenção

Prezado(a) profissional, O presente edital é destinado aos profissionais ativos como bolsistas no Médicos pelo Brasil que desejam transferir-se para o Programa Mais Médicos, mantendo a atuação no mesmo local. Informamos que o seu CPF não consta como elegível para prosseguir na inscrição.

Fechar

Cancelar

Continuar Inscrição

PASSO 1: INSIRA O CPF, DATA DE NASCIMENTO, EMAIL, ESCOLHA SUA SENHA, E CLIQUE EM ‘CONTINUAR A INSCRIÇÃO’

V-3.32.3

Inscrição / Identificação

Inscrição

Dados do Programa

Programa

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Ciclo

QUADRAGESIMO TERCEIRO

Edital

EDITAL TRANSFERENCIA

Período de Inscrição

19/09/2025 00:00:00 até 10/11/2025 00:00:00

Perfil

Perfil 1: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM

CPF \*

085.738.336-10

Data de Nascimento \*

25/09/1986

E-mail \*

08573833610

Confirmação do e-mail \*

08573833610

Senha \*

Confirmação da senha \*

Não sou um robô

Os Termos de Serviço do reCAPTCHA estão mudando. [Acesse](#).

reCAPTCHA

Privacidade • Termos

Cancelar

Continuar Inscrição

# PASSO 2: INSIRA TODOS OS SEUS DADOS PESSOAIS E SALVE AO FINAL

## Inscrição - Dados Pessoais

Tipo de Inscrição:

Perfil 1: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina - t

Alterar

Perfil 1: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM

Dados Pessoais

Dados de Contato

Dados Profissionais

Termo de Aceite

CPF \*

Nome \*

Data de Nascimento \*

Sexo \*

Orientação Sexual \*

Deseja Informar sua Identidade de Gênero? \*

Deseja Informar Nome Social? \*

Estado Civil \*

NIT/PISPASEP \*

Raça/Cor/Etnia \*

Nacionalidade \*

País de Nascimento \*

Estado de Naturalidade \*

Município de Naturalidade \*

RG: \*

Órgão Expedição \*

UF Expedição \*

Data de Emissão \*

Título de Eleitor \*

08573833610

Nome - CPF: 08573833610

25/09/1986

☒ Masculino

☐ Feminino

☐ Prefiro não informar

Selecione

☐ Sim

☒ Não

☐ Sim

☒ Não

Selecione

Selecione

BRASIL

BRASIL

Selecione

Selecione

Selecione

Selecione

Selecione

Campos com (\*) asterisco são obrigatórios

Dados Profissionais

Termo de Aceite

Data de Nascimento \*

Sexo \*

Orientação Sexual \*

Deseja Informar sua Identidade de Gênero? \*

Deseja Informar Nome Social? \*

Estado Civil \*

NIT/PISPASEP \*

Raça/Cor/Etnia \*

Nacionalidade \*

País de Nascimento \*

Estado de Naturalidade \*

Município de Naturalidade \*

RG \*

Órgão Expedição \*

UF Expedição \*

Data de Emissão \*

Título de Eleitor \*

Nome Completo do Pai

Nome Completo da Mãe \*

25/09/1986

☒ Masculino

☐ Feminino

☐ Prefiro não informar

Assexual

☐ Sim

☒ Não

☐ Sim

☒ Não

SOLTEIRO

12345678901

PRETA

Quem se declara preto e possui características físicas que indicam ascendência predominantemente africana.

BRASIL

BRASIL

RIO DE JANEIRO

CARMO

12345

SSP

RJ

04/11/2025

1234567891023

Nome da Mãe - CPF:08573833610

Salvar

PASSO 3: INSERA SEU E-MAIL E TELEFONE, E CLIQUE EM ‘ADICIONAR’ O TELEFONE, ‘SELECIONAR’ SEU ENDEREÇO. AO FINAL CLIQUE EM SALVAR

Dados Pessoais

Dados de Contato

Dados Profissionais

Termo de Aceite

EMAIL

E-maila@gmail.com

TELEFONE

TipoSelecione

DDI55

DDD

Número

+ Adicionar

ENDEREÇO

PaisSelecione

CEP

Logradouro/Endereço

Número

Bairro

Complemento

Campos com (\*) asterisco são obrigatórios

Salvar

PASSO 4: INSIRA SEUS DADOS PROFISSIONAIS E SALVE AO FINAL

Dados Pessoais

Dados de Contato

Dados Profissionais

Termo de Aceite

País de AtuaçãoBRASIL

País de FormaçãoBRASIL

Estado de FormaçãoPR

Cidade de FormaçãoARAPONGAS

InstituiçãoCENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG

Data de Formação03/11/2025

Nível de EscolaridadeMESTRADO

UF do Registro ProfissionalMG

Número do Registro Profissional58878

Campos com (\*) asterisco são obrigatórios

Salvar

# PASSO 5: LEIA OS TERMOS E DECLARE O ACEITE CLICANDO EM TODOS ELES ANTES DE SALVAR

Dados Pessoais	✓
Dados de Contato	✓
Dados Profissionais	✓
Termo de Aceite	⚠

## DECLARAÇÃO MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE DO MÉDICO

- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que, encerrado o período de manifestação de interesse, o médico não poderá alterar os dados por ele registrados no formulário eletrônico, sendo considerado como válido o último registro com confirmação dos dados inseridos no SGP.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar em situação regular perante a Justiça Federal e Estadual do Brasil, conforme as regras deste Edital de adesão e que, caso obtenha êxito na alocação terei que proceder a entrega ao gestor municipal de tais documentos, assim como os demais documentos exigidos no Edital, quando do meu comparecimento no município para validação da minha alocação.
- ☒ Declaro, que as informações prestadas no ato da minha inscrição através do sistema SGP são de minha inteira responsabilidade, e tenho ciência de que não serão admitidas alegações de erro e alterações de dados após concluído o período de inscrição, conforme as regras deste Edital de adesão.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente de que é requisito para minha participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil não ser participante de Programa de Residência Médica, conforme Edital vigente. Declaro, ainda, estar ciente de que, caso seja participante de Programa de Residência Médica, deverei anexar no momento da confirmação do interesse na minha alocação no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), o comprovante do meu pedido de desligamento formalizado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), obedecendo as regras deste Edital de adesão.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, NÃO possuir vínculo de serviço com carga horária incompatível com as exigências do

- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, NÃO estar prestando o Serviço Militar Obrigatório no período de vigência do Projeto, conforme as regras deste Edital de adesão, caso o candidato seja do sexo masculino.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que a SAPS/MS não se responsabiliza por manifestações de interesse no SGP não finalizadas por motivos de ordem técnica dos computadores, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de transmissão de dados, falta de energia elétrica, bem como outros fatores de ordem técnica que impeçam a transferência de dados.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que a manifestação de interesse do médico não gera direito à participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil devendo atender a todos os requisitos do Edital.
- ☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que, em qualquer etapa da chamada regida por este Edital, e ainda que já em condição de participante do Projeto, o médico poderá ter a manifestação de interesse invalidada ou ser desligado, se constatada pela SAPS/MS que prestou informações inverídicas no formulário eletrônico no SGP.

## DECLARAÇÃO DA BOLSA-FORMAÇÃO E DOS REQUISITOS PARA O SEU PAGAMENTO

- ☒ Declaro ser de minha responsabilidade o preenchimento correto e atualização dos dados pessoais, profissionais, de contato e bancários para a regularidade do pagamento da bolsa-formação e que a ausência, ou o preenchimento incorreto de qualquer dos dados solicitados poderá acarretar atrasos no pagamento ou o não recebimento da bolsa-formação, conforme as regras deste Edital de adesão.
- ☒ Declaro ser o titular do PIS/ PASEP/NIT/ NIS informado, e que o mesmo se encontra sem irregularidades junto à Previdência Social.
- ☒ Declaro estar ciente que o endereço eletrônico (e-mail) cadastrado por mim no SGP é o meio oficial de comunicação da gestão do Projeto comigo, sendo de minha responsabilidade mantê-lo atualizado no SGP, assim como os demais dados cadastrais, sendo considerada válida e efetivada qualquer comunicação da gestão encaminhada para o meu endereço eletrônico cadastrado no SGP.

# PASSO 5: LEIA OS TERMOS E DECLARE O ACEITE CLICANDO EM TODOS ELES ANTES DE SALVAR

sendo aceitas contas conjuntas ou conta-poupança, e) manter a regularidade e veracidade das informações pessoais, dados bancários e endereço, no cadastro do SGP e do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE; f) ter as atividades de ensino-serviço validadas pelo Gestor Municipal e pela instituição de educação superior supervisora; e g) informar o seu número do Programa de Integração Social e PIS

☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente de que será utilizada para o pagamento da primeira bolsa-formação, a data de início das atividades informada exclusivamente no SGP, pelo gestor municipal, no ato da homologação da alocação do médico, não sendo admitidas solicitações de alteração de registro por outro meio. Assim, recomenda-se que o profissional acompanhe o registro dessa informação, a fim de evitar qualquer prejuízo no pagamento da bolsa.

## DECLARAÇÃO INDICAÇÃO DO LOCAL DE ATUAÇÃO

☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que a SAPS/MS não se responsabiliza por indicações de municípios no SGP não finalizadas por motivos de ordem técnica dos computadores, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de transmissão de dados, falta de energia elétrica, bem como outros fatores de ordem técnica que impeçam a transferência de dados.

☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente que a indicação de municípios não gera direito a alocação.

## DECLARAÇÃO DA OCUPAÇÃO DA VAGA - DA APRESENTAÇÃO DO MÉDICO NO LOCAL DE ALOCAÇÃO PARA HOMOLOGAÇÃO PELO GESTOR E INÍCIO DAS ATIVIDADES

☒ Declaro, sob as penas da lei\*, estar ciente de que é de inteira responsabilidade do médico verificar se foi homologada a sua alocação, no prazo estabelecido no cronograma, podendo, a ausência de homologação pelo gestor, implicar a perda do direito à vaga de alocação pelo candidato.

\*Código Penal – Falsidade Ideológica Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Salvar

# PASSO 6: NESTE MOMENTO SUA INSCRIÇÃO NÃO ESTARÁ COMPLETA, PARA PODER FINALIZAR DEVERÁ CLICAR NO COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

## Inscrição - Conclusão

Dados Pessoais	<input checked="" type="checkbox"/>
Dados de Contato	<input checked="" type="checkbox"/>
Dados Profissionais	<input checked="" type="checkbox"/>
Termo de Aceite	<input checked="" type="checkbox"/>
Conclusão	

Para concluir sua manifestação de interesse é necessário gerar o Comprovante de abaixo:

 Comprovante de Inscrição

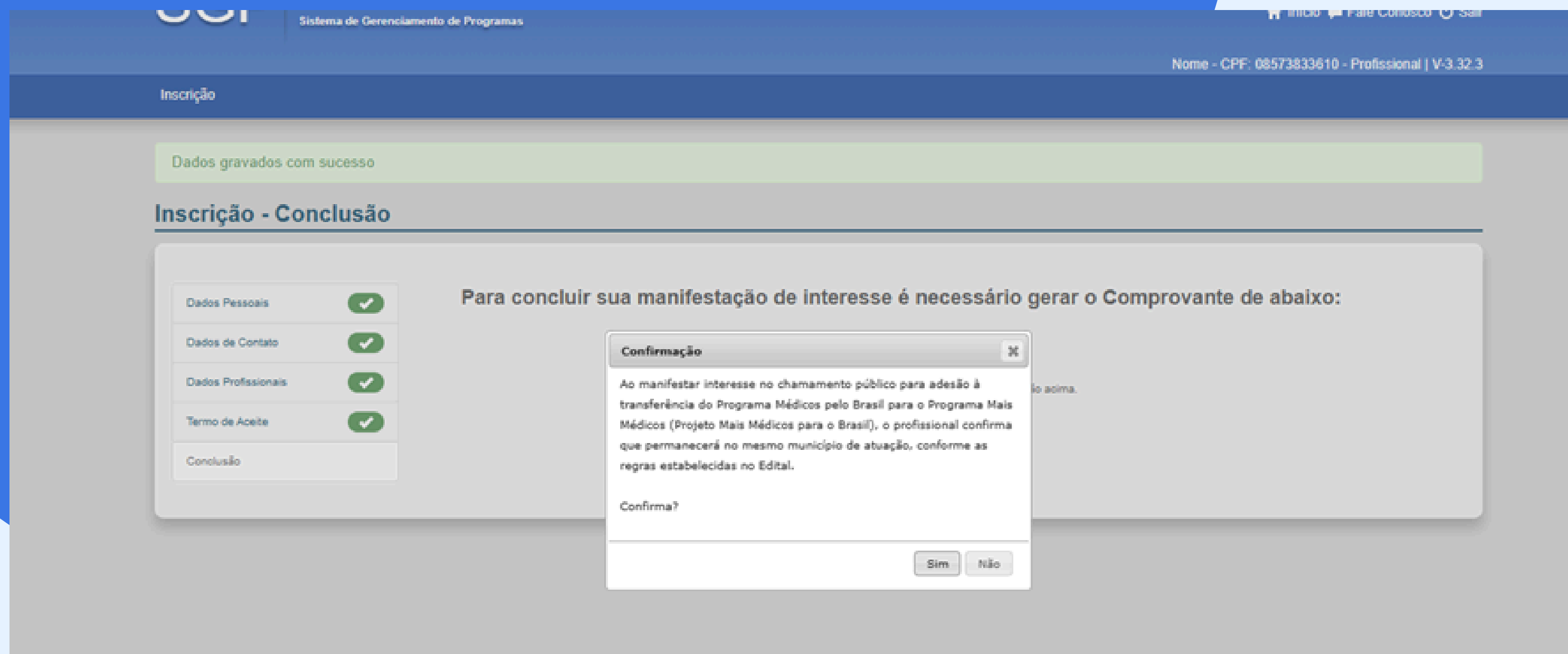
O Comprovante de Inscrição pode ser impresso no botão acima.

Não Concluído

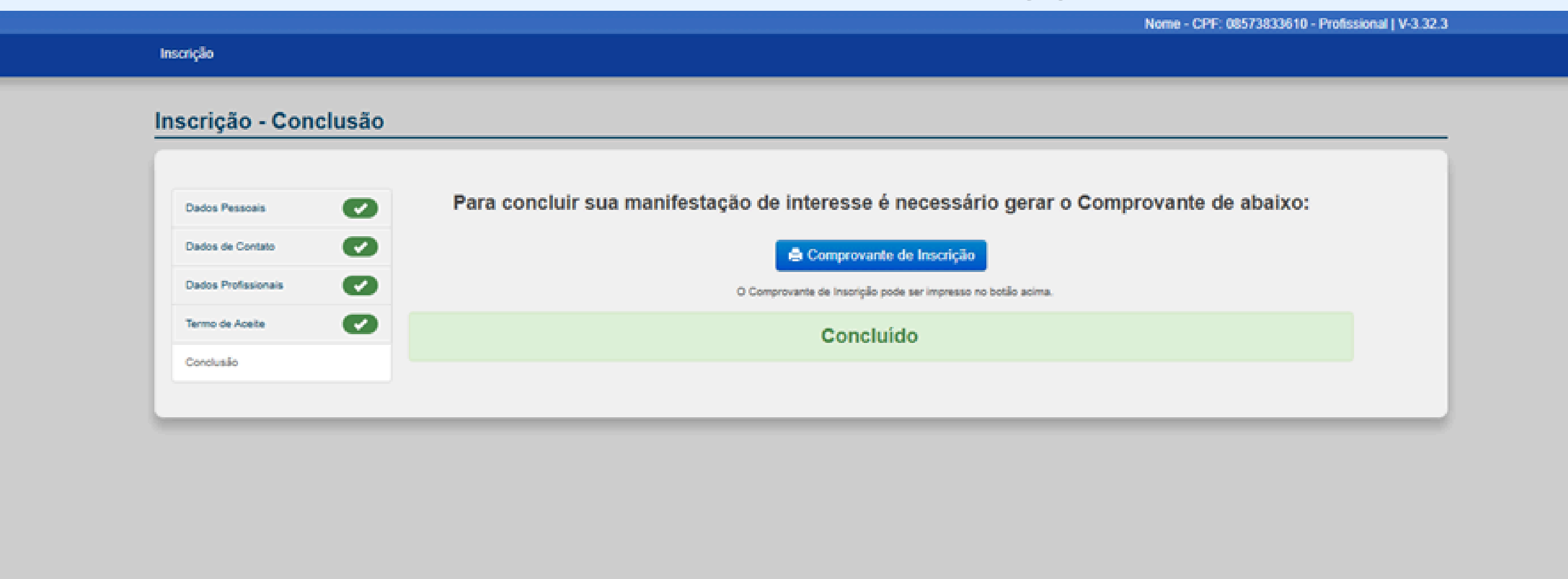
Para confirmar gere o comprovante acima

**PASSO 7: APÓS CLICAR EM  
‘COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO’ IRÁ  
CONSTAR A SEGUINTE MENSAGEM:**

**“AO MANIFESTAR INTERESSE NO CHAMAMENTO  
PÚBLICO DO PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL  
PARA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PROJETO  
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL), O PROFISSIONAL  
CONFIRMA QUE PERMANECERÁ NO MESMO  
MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO, CONFORME AS REGRAS  
ESTABELECIDAS NO EDITAL”.**



**CASO ACEITE TROCAR DE  
PROGRAMA **FICANDO NO MESMO  
MUNICÍPIO**, BASTA CLICAR EM “**SIM**”  
E SUA INSCRIÇÃO ESTARÁ  
COMPLETA.**



**OBS: CASO SELECIONE “NÃO”, A INSCRIÇÃO FICARÁ  
INCOMPLETA E O(A) SENHOR(A), NÃO PARTICIPARÁ DO PMMB.**





# Edital de Transferência

Para acessar a inscrição:



[MAISMEDICOS.SAUDE.GOV.BR/NEW/WEB/APP.PHP/INSCRICAO](https://maismedicos.saude.gov.br/new/web/app.php/inscricao)



## IMPORTANTE

- Caso tenha problema com o acesso ao SGP, entrar em contato pelo e-mail: [editalmaimassage@saude.gov.br](mailto:editalmaimassage@saude.gov.br) , informando nome completo e CPF.

