



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 ou faleconosco@agenciasus.org.br



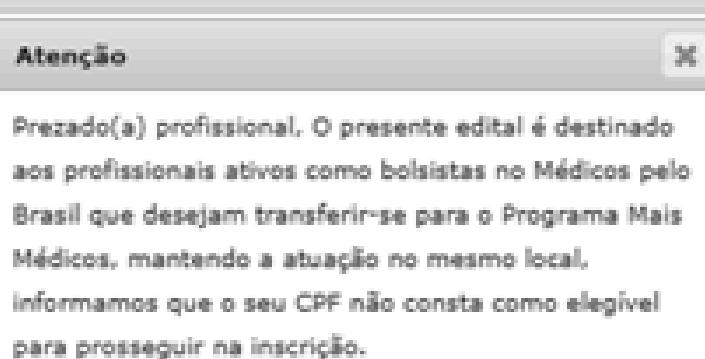
Página de Inscrição

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 educação 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

[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 *

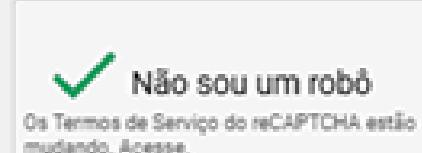
08573833610

Confirmação do e-mail *

08573833610

Senha *

Confirmação da senha *



[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 - CRM

[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

Campos com (*) asterisco são obrigatórios

Dados Pessoais	<input type="button" value="A"/>	CPF *	08573833610
Dados de Contato	<input type="button" value="A"/>	Nome *	Nome - CPF: 08573833610
Dados Profissionais	<input type="button" value="A"/>	Data de Nascimento *	25/09/1986
Termo de Aceite	<input type="button" value="A"/>	Sexo *	<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Prefiro não informar
		Orientação Sexual *	Selecione
		Deseja Informar sua Identidade de Gênero? *	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
		Deseja Informar Nome Social? *	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
		Estado Civil *	Selecione
		NIT/PISPASEP *	
		Raça/Cor/Etnia *	Selecione
		Nacionalidade *	BRASIL
		País de Nascimento *	BRASIL
		Estado de Naturalidade *	Selecione
		Município de Naturalidade *	Selecione
		RG: *	
		Órgão Expedição *	Selecione
		UF Expedição *	Selecione
		Data de Emissão *	
		Título de Eleitor *	

Dados Profissionais	<input type="button" value="A"/>	Data de Nascimento *	25/09/1986
Termo de Aceite	<input type="button" value="A"/>	Sexo *	<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Prefiro não informar
		Orientação Sexual *	Assexual
		Deseja Informar sua Identidade de Gênero? *	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
		Deseja Informar Nome Social? *	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não
		Estado Civil *	SOLTEIRO
		NIT/PISPASEP *	12345678901
		Raça/Cor/Etnia *	PRETA
		Quem se declara preto e possui características físicas que indicam ascendência predominantemente africana.	
		Nacionalidade *	BRASIL
		País de Nascimento *	BRASIL
		Estado de Naturalidade *	RIO DE JANEIRO
		Município de Naturalidade *	CARMO
		RG *	12345
		Órgão Expedição *	SSP
		UF Expedição *	RJ
		Data de Emissão *	04/11/2025
		Título de Eleitor *	1234567891023
		Nome Completo do Pai	
		Nome Completo da Mãe *	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

Campos com (*) asterisco são obrigatórios

EMAIL *

E-mail *

TELEFONE *

Tipo *

DDI *

DDD *

Número *

+ Adicionar

ENDEREÇO *

País *

CEP *

Logradouro/Endereço *

Número *

Bairro *

Complemento

Salvar

PASSO 4: INSIRA SEUS DADOS PROFISSIONAIS E SALVE AO FINAL

Dados Pessoais

Dados de Contato

Dados Profissionais

Termo de Aceite

Campos com (*) asterisco são obrigatórios

País de Atuação *

País de Formação *

Estado de Formação *

Cidade de Formação *

Instituição *

Data de Formação *

Nível de Escolaridade *

UF do Registro Profissional *

Número do Registro Profissional *

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 - 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

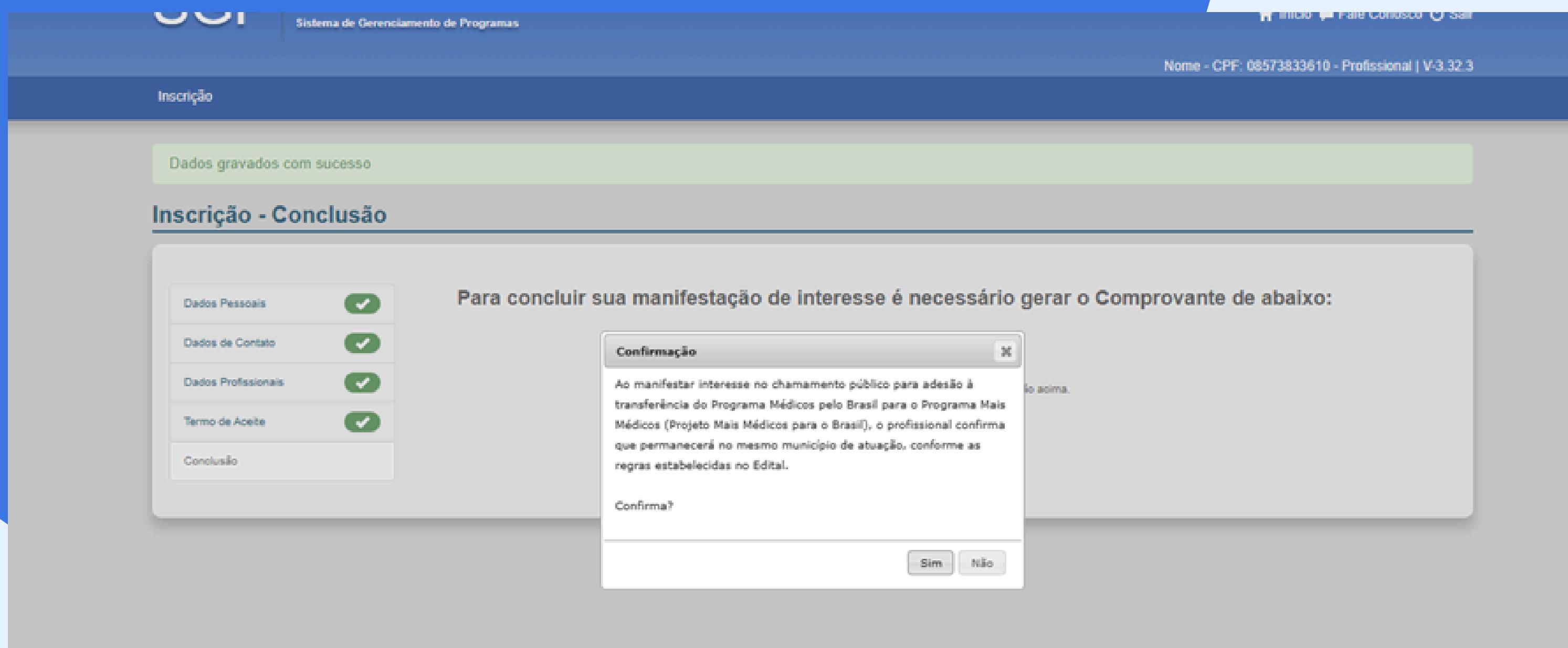
O Comprovante de Inscrição pode ser impresso no botão acima.

Não Concluído

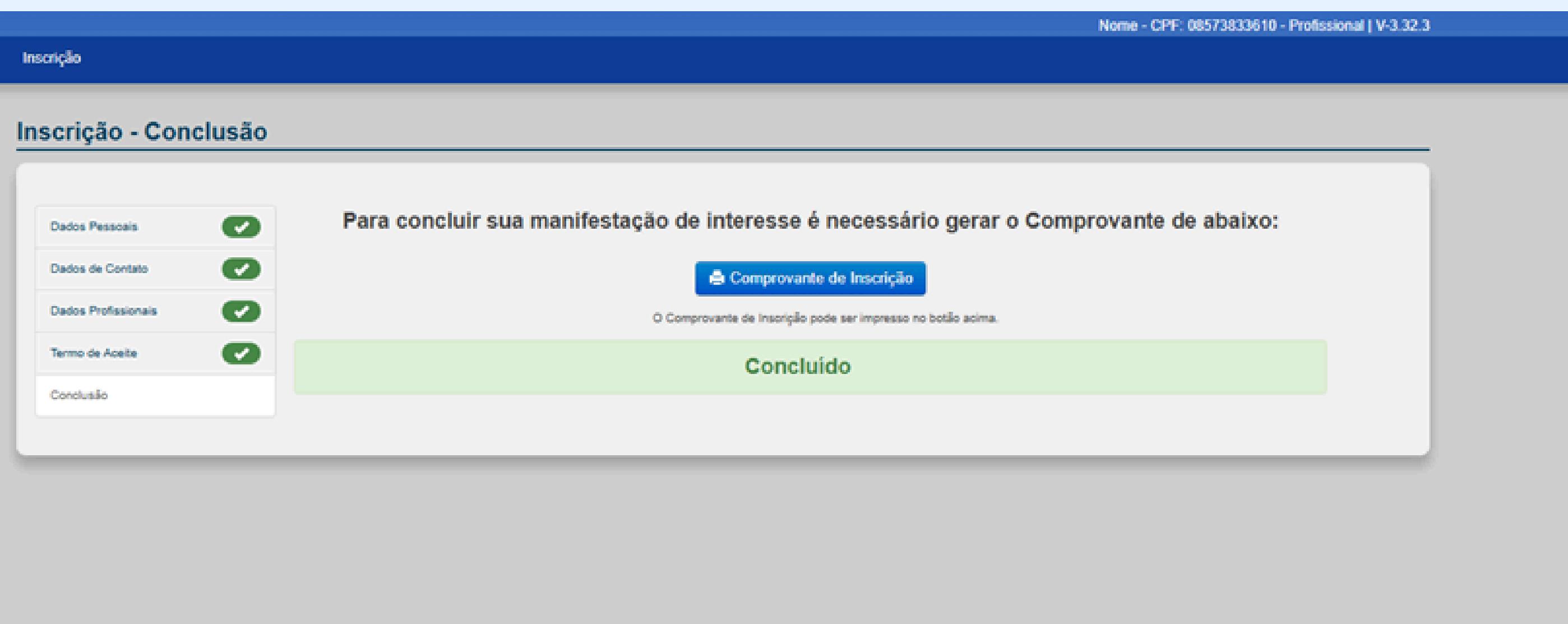
Para confirmar gere o comprovante acima

**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 SELEÇÃO “NÃO”, A INSCRIÇÃO FICARÁ
INCOMPLETA E O(A) SENHOR(A), NÃO PARTICIPARÁ DO PMMB.**



Editais de Transferência

Para acessar a inscrição:

MAISMEDICOS.SAUDE.GOV.BR/NEW/WEB/APP.PHP/INSCRICAO



IMPORTANTE

- Caso tenha problema com o acesso ao SGP, entrar em contato pelo e-mail: editalmaismedicos@saud.gov.br , informando nome completo e CPF.

