

Passo a passo Adesão dos Médicos Estrangeiros

Mais Médicos





Endereço de acesso ao sistema:

http://maismedicos.saude.gov.br



Sobre o SGP

SGP é o Sistema de Gerenciamento de Programas criado pela SGTES que engloba os **Programas de formação e provimento de profissionais de saúde disponíveis na Secretaria**. O objetivo é consolidar em um único sistema o cadastro e a adesão a esses Programas, facilitando a inscrição do gestor público e do profissional.



Selecione a imagem com a descrição "Profissionais Médicos Cadastre-se aqui!".

		Acesso à Informação	BRASIL
Início FAQ	Sistema de Gerenciam	nento de Programas	
🕒 Documentos	Acesso ao Sistema		
	Login SGP é o Sistema de Gerenciamento engloba os Programas de formaço profissionais de saúde disponíveis na SO o objetivo é consolidar em um único adesão a esses Programas, facilitande público e do profissional. Image: Construction of the profission of the profits of the profission of the profits of the	rriado pela SGTES que šo e provimento de ecretaria. sistema o cadastro e a o a inscrição do gestor al Médico aquil mencos autor al Médico aquil mencos aguil aguil a	Nacional de ?
н	SUS SUS SUS SUS Assess	de Gestão do Trabalho iducação na Saúde soria de Informática	



Sistema de Gerenciamento de Programas

2^a Orientação.

Preencha os dados.

Internet	Image: State of the				Acesso à Informação	BRAS
India FAQ Documentors DSOUE SAÚDE Dissoue SAÚDE Dissoue SAÚDE </th <th>Inicio FAQ Documentos Discut: Sañor: Discut: Discut: Sañor: Discut: Discut: Sañor: D</th> <th>MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL</th> <th></th> <th>ORDEM E</th> <th>PROGRESSO</th> <th></th>	Inicio FAQ Documentos Discut: Sañor: Discut: Discut: Sañor: Discut: Discut: Sañor: D	MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL		ORDEM E	PROGRESSO	
Documentor > Discue savoir Fraileiro?* Sim © Não @ Passaporte:* Passaporte:* \$5526621 Passaporte:* 10/10/2010 Det emissão passaporte:* 10/10/2010 Det emissão passaporte:* 10/10/2010 Det emissão passaporte:* 10/10/2010 Neme:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha País de atuação:* Espanha Orgão de Registro Espanha País de atuação:* Espanha Orgão de Registro Espanha Possui Péo-graduação?* 1012 Numero do Registro:* 1012 Possui Péo-graduação?* 1012 Confirme o Esnha:*	Documentor * Cadastro de Profissional Fordissional Prodissional Fordissional De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como loginol Passaporte: * De campo de maissione estatues o como logino es	Início FAQ				
Profissional P	Discues action Profusional Profusional Profusional Passaporte:* Passaporte:* Passaporte:* Dt emissão passaporte:* 10/12/2012 Nome:* Nacionalidade:* Espanha Pass aporte:* 10/12/2012 Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha Pais emisor Pass aporte:* 10/12/2012 Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha Pais de atuação:* Espanha Número do Registro:* Pofísional:* Qual?* Mestrado Qual?* Nivel de conhecimento de lingua portuguesa?* Paiso anjos@saude gov br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude gov br Confirme o senha:* Força da Senha:	Documentos > Cadastro	de Drofissional			
Production Compare con (*) attrice ardo abrigators Pression Con (*) Statisce ardo abrigators Pass aporte: 65326521 (o passaporte ardi used come legin) Pais emission passaporte: 10/10/2010 Image: come legin) Dt emissão passaporte: 10/10/2012 Image: come legin) Dt emissão passaporte: 10/10/2012 Image: come legin) Nacionalidade: Espanha Image: come legin) Pais de atuação: Espanha Image: come legin) Nacionalidade: Espanha Image: come legin) Nacionalidade: Espanha Image: come legin) Nume: Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade: Nacionalidade: Espanha Image: come legin) Vimero do Registro: BB6532154 Image: come legin) Numero do Registro: BB6532154 Image: come legin) País de Formação: 2012 Image: come legin) Posui Pósui Pósurgadugão?* Sim Image: Não Image: come legin) Image: come legin Nivel de conhecimento: Image: come legin Image: come legin Image: come legin Nivel de conhecimento: Image: come legin Im	Poisson Camper con (*) statics e seño obrget Brasileiro?** Sisso Passaporte:** 65326521 Passaporte:** 65326521 Passaporte:** 0/10/2010 Passaporte:** 10/12/2012 Nome:** Mais Médicos para o Brasil Nome:** Mais Médicos para o Brasil Nome:** Nacionalidade:** Espanha Pois de atuação:** Espanha Pois de atuação:** Espanha Pois de atuação:** Espanha Pois de Registro Espanha Pois de Registro:** 986532154 Pais de formação:** Espanha Instituição:** Universidad De La Laguna Ano de Formação:** Espanha Instituição:** Universidad De La Laguna Ano de Formação:** Pediatria Nivel de conhecimento da ingua portuguesa:** Instituição:*** Pediatria Nivel de conhecimento da ingua portuguesa:** Confirme o e-mail:** pablo anjos@saude gov br Senha:** Confirme o senha:**					
Brasileiro?* Sim Passaporte:* Bissileiro?* Passaporte:* Bissileiro?* Passaporte:* Demissão passaporte:* Interisão passaporte:*	Brasileiro?* Sim © Não @ Passaporte:* 65326521 (O passaporte será usa) e como login) País emissor passaporte:* 10/10/2010 Image: Como login Dt emissão passaporte:* 10/10/2010 Image: Como login Dt validade passaporte:* 10/10/2010 Image: Como login Dt validade passaporte:* 10/10/2012 Image: Como login Nome:* Mais Médicos para o Brasil Image: Como login Nacionalidade:* Espanha Image: Como login País de atuação:* Espanha Image: Como login Orgão de Registro Fispanha Image: Como login Número do Registro:* 1096522154 Image: Como login Número do Registro:* 1096522154 Image: Como login Número do Registro:* 1096522154 Image: Como login Posui Pós-gradução?* Sim @ Não @ Image: Como login Qual?* Mestrado Image: Como login Posui Pós-gradução?* Sim @ Não @ Image: Como login Niel de conhecimento de lingua portuguese:* Lé e Fala Image: Como login E-mail:* pablo anjos@saude gov br Image: Como login	176	1		Company and (*) anterior	anda abaiantiata
Duckoss Gerd do Sto. Passaporte:* Discussor of the session of the sessi	Doudons Gend do Sus. Passaporte: * 65326521 (O passaporte será usad v como login) País emissor passaporte: * 10/10/2010 * Dt emissão passaporte: * 10/10/2010 * Dt validade passaporte: * 10/10/2010 * Nome: * Mais Médicos para o Brasil * Nacionalidade: * Espanha * País de atuação: * Espanha * Orgão de Registro \$986532154 * Portorissional: * Universidad De La Laguna * Ano de Formação: * Espanha * Possui Póa-graduação? * * * Rossui Póa-graduação? * * * Nivel de conhecimento de lingua portuguesa!* * * Nivel de conhecimento de lingua portuguesa!* * * Confirme o e-mail: * pablo anjos@saude gov br * Confirme a Senha: * * * * Confirme a Senha: * * * * Confirme a Senha: * * * * * Confirme a Senha: * * * * * <t< td=""><td>Brasileiro?</td><td>Sim 🔘 Não 🔍</td><td></td><td>Campos com () asterisco</td><td>serao obrigacorio</td></t<>	Brasileiro?	Sim 🔘 Não 🔍		Campos com () asterisco	serao obrigacorio
Pais emissor Espanha Dt emissão passaporte:* 10/10/2010 Dt validade passaporte:* 10/12/2012 Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha Pais de atuação:* Espanha Orgão de Registro Espanha Orgão de Registro Espanha Orgão de Registro:* 986532154 Número do Registro:* 10/12/2012 Número do Registro:* 10/16/2014 Pais de Formação:* Espanha Instituição:* 10/12/2012 Número do Registro:* 10/16/2014 Pais de Formação:* Espanha Instituição:* 10/12/2012 Núvero do Registro:* 10/16/2014 Pais de Formação:* 10/12/2014 Poscui Pós-graduação?* 10/12/2014 Poscui Pós-graduação?* 10/12/2014 Poscui Pós-graduação?* 11/12/2014 Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude gov.br Senha:* Confirme o	País emissor pssaporte:" Dt emissão passaporte:" 10/10/2010 Dt validade passaporte:" 10/12/2012 Nome:" Nacionalidade:" Espanha País de atuação:" Espanha País de atuação: Espanha País de atuação: Espanha País de atuação: Espanha Porfissional:" Número do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Número do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Nomero do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Nomero do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Nomero do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Nomero do Registro: 986652154 País de Formação: Espanha Número do Registro: Possui Páis do Registro: Possui P	Ouvidoria Geral do SUS. Passaporte	.* 65326521	(O passa	aporte será usado como login)	
passaporte:" Dt emissão passaporte:" Dt validade passaporte:" Dt valida	passaporte:" Dt emissão passaporte:" Dt emissão passaporte:" Dt validade passaporte:" Nome:" Nacionalidade:" Espanha País de atuação:" Espanha Orgão de Registro Profissional:" Número do Registro:" Statastra Ano de Formação:" Espanha Instituição:" Universidad De La Laguna Ano de Formação:" Espanha País de formação:" Dt validade passaporte:" Dt validade passaporte:" Dt validade:" Dt vali	País emisso	or Espanha			
Dt emissão passaporte:* 10/10/2010 1 Dt validade passaporte:* 10/12/2012 1 Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha País de atuação:* Espanha Orção de Registro Profiseional:* Espanha Número do Registro:* 986632154 País de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 • Possui Pós-graduação?* Sim © Não © Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Lé e Fala Nivel de conhecimento da lingu portuguesa:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:: Frace Profestor	Dt emissão passaporte:* 10/10/2010 IIII Dt validade passaporte:* 10/12/2012 IIII Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha País de atuação:* Espanha País de atuação:* Espanha Orgão de Registro Profissional:* Número do Registro:* 986632154 País de formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim ® Não ® Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Fraca	passaporte	·*			
Dt validade passaporte:* 10/12/2012 Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha Pais de atuação:* Espanha Orção de Registro: Espanha Profissional:* Espanha Número do Registro:* 986532154 Pais de Formação:* Espanha Número do Registro:* 986532154 Pais de Formação:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pôs-graduação?* Sim @ Não @ Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Pediatria Nivel de conhecimento da lingua portuguese:* Lê e Fala Paiblo.anjos@saude.gov br Senha:* Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov br Confirme a Senha:* Forca Força da Senha:* Forca	Dt validade passaporte: " [U/12/2012] Norme: * Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade: * Espanha País de atuação: * Espanha Orgão de Registro Profissional: * 086532154 País de Formação: * Espanha Número do Registro: * 986532154 País de Formação: * Espanha Instituição: * Universidad De La Laguna Ano de Formação: * 2012 Possui Pós-graduação? * sim @ Não @ Qual? * Mestrado Especialidade/Área de Atuação: * Lê e Faía Nivel de conhecimento da lingua portugues: * Lê e Faía Nivel de conhecimento da lingua portugues: * lê e Faía E-mail: * pablo anjos@saude gov.br Confirme o e-mail: * pablo anjos@saude gov.br Senha: *	Dt emissão	passaporte:* 10/10/2010			
Nome:** Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha País de atuação:* Espanha Orgão de Registro Espanha Profissional:* 986532154 Número do Registro:* 986532154 País de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* sim @ Não @ Qual?* Mestrado Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala Nivel de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala E-mail:* pablo anjos@saude gov.br Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Nome:* Mais Médicos para o Brasil Nacionalidade:* Espanha Pais de atuação:* Espanhol Orgão de Registro Espanhol Profissional:* \$86632164 Número do Registro:* \$986632164 Pais de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* sim @ Não @ Qual?* Mestrado Respecialidade/Área Pediatria de Atuação:* Lê e Fala Nível de conhecimento Lê e Fala da lingua portuguesa:* pablo anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:*	Dt validade	passaporte:* 10/12/2012			
Nacionalidade:* Espanha • País de atuação:* Espanha • • Orgão de Registro Espanhol • • Profissional:* 986532154 • • Número do Registro:* 986532154 • • País de Formação:* Espanha • • Instituição:* Universidad De La Laguna • Ano de Formação:* 2012 • Possui Pós-graduação?* sim @ Não @ • Qual?* Mestrado • Rivel de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala • Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala • E-mail:* pablo.anjos@saude gov.br • Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude gov.br • Confirme a Senha:* • • • Força da Senha: Fraca • •	Nacionalidade:** Espanha País de atuação:** Espanha Orgão de Registro Espanhol Profissional:** 986532154 Número do Registro:** 986532154 País de Formação:** Espanha Instituição:** Universidad De La Laguna Ano de Formação:** 2012 Possui Pós-graduação?** Sim © Não © Qual?** Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:** Lé e Fala Nível de conhecimento Lé e Fala da lingua portuguesa:** Lé e Fala E-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Senha:** Confirme a Senha:** Força da Senha: Fraca	Nome:*	Mais Médicos para o	Brasil		
Pais de atuação: Espanha Orgão de Registro Espanhol Profissional: 986532154 País de Formação: Espanha Instituição: Universidad De La Laguna Ano de Formação: 2012 Possui Pós-graduação? Sim © Não © Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação: Lé e Fala Nível de conhecimento Lé e Fala da lingua portuguesa: Lé e Fala E-mail:* pablo anjos@saude gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	País de atuação:** Espanha Orgão de Registro Espanhol Profissional:** 986532154 Número do Registro:** 986532154 País de Formação:** Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:** 2012 Possui Pós-graduação?** Sim @ Não @ Qual?** Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:** Lé e Fala Nível de conhecimento Lé e Fala da lingua portuguesa:** pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Senha:** Confirme a Senha:**	Nacionalida	ide:* Espanha			
Orgão de Registro Espanhol Profissional:* 986532154 Número do Registro:* 986532154 País de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim © Não © Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento Lê e Fala da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Fraca Cadastrar	Orgão de Registro Espanhol Profissional:* B86532154 Número do Registro:* 986532154 País de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim © Não © Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Lá e Fala Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lá e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Senha:** Força da Senha: Fraca	País de atu	ação:* Espanha			
Número do Registro:986632154País de Formação:EspanhaInstituição:Universidad De La LagunaAno de Formação:2012Possui Pós-graduação?Sim @ Não @Qual?*MestradoEspecialidade/Área de Atuação:PediatriaNível de conhecimento da lingua portuguesa:Lé e FalaPablo.anjos@saude.gov.brConfirme o e-mail:pablo.anjos@saude.gov.brConfirme a Senha:Image: FracaForça da Senha:Fraca	Número do Registro:986532154País de Formação:*EspanhaInstituição:*Universidad De La LagunaAno de Formação:*2012Possui Pós-graduação?*Sim Não PediatriaQual?*MestradoEspecialidade/Área de Atuação:*PediatriaNível de conhecimento da lingua portuguesa:*Lé e FalaE-mail:*pablo.anjos@saude.gov.brConfirme o e-mail:*pablo.anjos@saude.gov.brSenha:*Força da Senha:Fraca	Orgão de R Profissional	egistro Espanhol			
Pais de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim Não Qual?* Mestrado Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala E-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br Senha:** Força da Senha: Fraca	País de Formação:* Espanha Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim Não Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Nível de conhecimento Lê e Fala Anil:* pablo anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo anjos@saude.gov.br Senha:* Força da Senha: Fraca	Número do	Registro:* 986532154			
Instituição: * Universidad De La Laguna Ano de Formação: * 2012 Possui Pós-graduação? * Sim ® Não © Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação: * Pediatria de Atuação: * Lê e Fala Nível de conhecimento da lingua portuguesa: * Lê e Fala E-mail: * pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail: * pablo.anjos@saude.gov.br Senha: * Força da Senha: Fraca	Instituição:* Universidad De La Laguna Ano de Formação: 2012 Possui Pós-graduação?* Sim Não Qual?* Mestrado Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	País de For	mação:* Espanha		-	
Ano de Formação:* 2012 Possui Pós-graduação?* Sim ® Não ® Qual?* Mestrado Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Força da Senha: Fraca	Ano de Formação:** 2012 Possui Pós-graduação?** Sim	Instituição:	* Universidad De La La	aguna		
Possui Pós-graduação?* Sim Não Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Força da Senha: Fraca	Possui Pós-graduação?* Sim Não Qual?* Mestrado Especialidade/Área de Atuação:* Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lé e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* confirme a Senha:* Fraca 	Ano de For	mação:* 2012 💌	<u> </u>		
Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento Lê e Fala da lingua portuguesa:* pablo.anjos@saude.gov.br E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Força da Senha: Força da Senha: Fraca	Qual?* Mestrado Especialidade/Área Pediatria de Atuação:* Pediatria Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Possui Pós-	-graduação?* Sim 🔍 Não 🔘			
Especialidade/Área de Atuação:* Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:*	Especialidade/Área de Atuação:* Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Qual?*	Mestrado			
Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Nível de conhecimento da lingua portuguesa:* Lê e Fala E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Especialida de Atuação	de/Área Pediatria			
E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	E-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Confirme o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca	Nível de co da lingua p	nhecimento ortuguesa:*	-		
Confirme o e-mail: " pablo.anjos@saude.gov.br Senha: " Confirme a Senha: " Força da Senha: Fraca	Confirme o e-mail: ** pablo.anjos@saude.gov.br Senha: ** ••••••• Confirme a Senha: ** •••••• Força da Senha: Fraca	E-mail:*	pablo anios@saude o	ov.br		
Senha:* Confirme a Senha: Força da Senha: Fraca Cadastrar	Senha:* Confirme a Senha:* Força da Senha: Fraca Cadastrar	Confirme o	e-mail:* pablo anios@saude o	ov br		
Confirme a Senha: * Fraca	Confirme a Senha: Fraca	Senha:*				
Força da Senha: Fraca	Força da Senha: Fraca	Confirme a	Senha:*			
Cadastrar	Cadastrar	Eoros da S	enha:			
		rorça da Se	Fidud	🗑 Cadastrar		



Sistema de Gerenciamento de Programas

3^a Orientação.

Selecione o botão "Cadastrar".

ro de Profissional anal "0?" Sim Não Não rte: 65326521 issor rte: 5ão passaporte: 10/10/2010 ade passaporte: 10/12/2012 Mais Médicos para o f Idade: Espanha atuação: Espanha atuação: Espanha atuação: Espanha atuação: Espanha atuação: Espanha	Brasil		Campos com (*) asterisc	o serão obrigatório
ro de Profissional anal o?* Sim © Não © irte:* 65326521 issor irte:* Espanha ade passaporte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 dais Médicos para o f lidade:* Espanha atuação:* Espanha atuação:* Espanha atuação:* Espanha atuação:* Espanha	Brasil	(O passaporte se	Campos com (*) asterisc erá usado como logín)	o serão obrigatório
ro de Profissional onal o?* Sim © Não © irte:* 65326521 issor Espanha irte:* são passaporte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 Mais Médicos para o f lidade:* Espanha atuação:* Espanha atuação:* Espanha atuação:* Espanha	Brasil	(O passaporte se	Campos com (*) asterisc erá usado como login) v	o serão obrigatório
ro de Profissional onal o?* Sim © Não © irte:* 65326521 issor irte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/10/2012 Mais Médicos para o f lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro inal:* Espanhol	Brasil	(O passaporte se	Campos com (*) asterisc erá usado como login) •	o serão obrigatório
onal onal Sim © Não © irte:* 65326521 issor irte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 Mais Médicos para o f lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro inal:*	Brasil	(O passaporte se	Campos com (*) asterisc erá usado como login) T	o serão obrigatório
ro?* Sim © Não prte:* 65326521 issor Espanha irte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 Mais Médicos para o f lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro Espanhol mal:*	Brasil	(O passaporte se	Campos com (*) asterisc ará usado como login)	o serão obrigatório
ro?* Sim © Não orte:* 65326521 issor Espanha isso passaporte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 Mais Médicos para o R lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro nal.*	Brasil	(O passaporte se	erá usado como login) •	
issor issor irte:" Espanha São passaporte:" 10/10/2010 III ade passaporte:" 10/12/2012 III Mais Médicos para o f Iidade:" Espanha atuação:" Espanha e Registro inal:"	Brasil	(O passaporte se	erá usado como login) V	
issor Espanha prte:* são passaporte:* 10/10/2010 ade passaporte:* 10/12/2012 Mais Médicos para o f Mais Médicos para o f Espanha atuação:* Espanha e Registro inal:*	Brasil	0	•	
são passaporte:" 10/10/2010 III ade passaporte:" 10/12/2012 III Mais Médicos para o f lidade:" Espanha atuação:" Espanha e Registro inal:"	Brasil	0	×	
ade passaporte:" 10/10/2010 IIII ade passaporte:" 10/12/2012 IIII Mais Médicos para o f Iidade:" Espanha atuação:" Espanha e Registro inal:"	Brasil	0	×	
ade passaporte:" 10/12/2012 Mais Médicos para o l lidade:" Espanha atuação:" Espanha e Registro inal:"	Brasil	0	×	
Mais Médicos para o l lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro Espanhol inal:*		0	T	
lidade:* Espanha atuação:* Espanha e Registro Espanhol mal:*	•	0	•	
atuação:* Espanha e Registro Espanhol mal:*	•	2		
le Registro Espanhol				
de Desister 8				
00 Kegistro: 986532154				
Formação:* Espanha		5	•	
ão:* Universidad De La La	aduna	-		
Formação:* 2012				
vós-graduação?" Sim 💿 Não 🔘				
Mestrado				
idade/Área Pediatria ção:*				
conhecimento a portuguesa:*	•			
pablo.anjos@saude.gr	jov.br			
e o e-mail:* pablo.anjos@saude.or	jov.br			
·	'			
e a Senha:*				
a Senha: Fraca	🖬 Cadastrar			
	Mestrado Mestrado Pediatria ção:* e conhecimento la portuguesa:* pablo.anjos@saude.g pablo.anjos@saude.g pablo.anjos@saude.g a Senha: Fraca	Mestrado Iidade/Área ção:** e conhecimento a portuguesa:** pablo.anjos@saude.gov.br ne o e-mail:** pablo.anjos@saude.gov.br ne a Senha:** a Senha: Fraca	Mestrado iidade/Área ção:* e conhecimento la portuguesa:* pablo.anjos@saude.gov.br ne o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br * ne a Senha:* Fraca	Mestrado iidade/Årea ção:* e conhecimento l.ê e Fala pablo.anjos@saude.gov.br ne o e-mail:* pablo.anjos@saude.gov.br * ne a Senha:* Fraca



Selecione o botão "Concordo" apenas se desejar participar do programa Mais Médicos para o Brasil.

Documentos >	Cadastro de Droficsi	onal
	Cauastro de Pronssi	
	Profissional	
	Brasileiro?*	Campos com (*) asterisco serão obrigatórios
	CPF:*	
	Bassaparter	231/40333 (O cpt sera usado como login)
	Idf	102030
	Nome:**	ais Médicos para o Brasil
	Nacionalidade:*	irasil
	Pais d Aviso	
	Institu Sou médico e deseio	participar do programa Mais Médicos para o Brasil
	Revali	
	Estade	Concordo Não concordo
	Munici	
	revalidação:*	
	E-mail:*	ail, om
	Confirme o e-mail:*	os@gmail.com
	Senha:*	
	Confirme a Senhav*	
	Comme a Senna.	
	Força da Senha:	Média
		er Cadastrar



Selecione o botão "Ir para o Login".

MAIS C MÉDICOS PARA O BRASIL O Início FAQ Fale	Conosco
Documentos >	Cadastro de Profissional
DISQUE SAÚDE 136 Ouvidoris Gereil do SUS	Profissional Brasileiro?* Sim O Não O CPF:* Passa Nome Nacior Cadastro Realizado com sucesso! Vocé receberá um e-mail com um endereço eletrônico para confirmação desta
	País d Institu Revali E-mail:* Confirme o e-mail:* Confirme a Senha:*
	Força da Senha: Cadastrar Cadastrar Sus Sus Sus Sus Sus Sus Sus Sus



Acesse o e-mail cadastrado e selecione o link para validar o seu cadastro de acesso ao SGP.





Selecione o botão "Acessar o Sistema".





Preencha os dados referentes ao log in e selecione o botão "Acessar".





Leia as informações disponibilizadas no sistema.

Selecione a aba "Dados pessoais".





Preencha os dados e selecione o botão "Atualizar dados".

		Acesso à Informação BRASI
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL Início FAQ Fal	Je Conosco	ORDEM E PROGRESS
Trocar Programa Seleção de Municípios Informar Desistência	≗ Bem vindo: Número d	o CPF: 04297902958 [PROFISSIONAL]
Sair	 Resumo da Adesão 	
DISQUE SAÚDE	▼ Dados pessoais	
136	CPF:*	Campos com (*) astarísco sarão obrigatórios 04297902958
Ouvidoria Geral do SUS	Nome:" Data de nascimento:" Sexo:" Passaporte: Estado Civil:" PIS/PASEP: Cor/Origem Étnica:" Grupo sanguíneo:" Nacionalidade:" Naturalidade:" RG:" Orgão de Expedição:" Data de emissão:"	Número Do Cpf: 04297902958 Masculino Peminino P
	 Dados de contato Dados profissionais 	
	► Anexos	
SAÚD MAIS PERTO DE V	SUS SUS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Assessoria de Informática



Selecione o botão "Fechar".

 	& Bem vindo: Número do CPF: 04298037967 [PROFISSIONAL]	
 Editar Seleção de Municípios 	🕨 Resumo da Adesão	
	▼ Dados pessoais	
 Recurso → Informar Desistência Acompanhar Pagamentos * Sair 	Dados pessoais CPF: 0429037967 Nome: Número Do Cpf: 04298037967 Data de nascimento: 10/10/2013 Sexo: Masculino @ Feminino O Passaporte: br102030 Estado Civil: Casado PIS/PASEP: Cor/Origem Étnic: Grupo sanguíneo: Nacionalidade: Naturalidade: RG: ABC102030 Orgão de Expedição: SSP UF: GO UF: GO Data de emissão: 10/10/2015 C Atualizar dados	
	Dados de contato	
	Dados pronssionais	
	P Anexos	
SAÚDI	SUS SUS e da Educação na Saúde Assessoria de Informática Asáde	



Selecione a aba "Dados de contato".

		Acesso à Informação BRASIL
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL O Início FAQ Fal	e Conosco	ORDEM E PROGRESSO
 	≗ Bem vindo: Número d	o CPF: 04297902958 [PROFISSIONAL]
x Sair	 Resumo da Adesão 	
DISQUE SAÚDE	→ Dados pessoais	Campos com (*) asterisco serão obrigatórios
Duvidoria Geral do SUS.	Nome:" Data de nascimento:" Sexo:" Passaporte: Estado Civil:" PIS/PASEP: Cor/Origem Étnica:" Grupo sanguíneo:" Nacionalidade:" Naturalidade:" RG:" Orgão de Expedição:" Data de emissão:"	Número Do Cpf: 04297902958 Masculino Perminino Perminin
	▶ Dados de contato	
	Dados profissionais Anexos	
SAÚDI MAIS PERTO DE VO	SUS SUS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Assessoria de Informática Ministério da Saúde



Selecione o botão "Adicionar Endereço".

		Acesso à Informação BRAS
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	ORDEM	E PROGRESSO
Início FAQ Fal	e Conosco	
Trocar Programa Cadastro >	≗ Bem vindo: Número do CPF: 04298037967 [PROFISSIONAL]	Sair
Editar >	▶ Resumo da Adesão	
Recurso >	Dados pessoais	
Informar Desistência		
Acompanhar Pagamentos	Dados de contato	
Sair	Endereço(s)	
	Adicionar Endereco	
	(Concerne Engelege)	
	📥 Não foram encontrados endereços!	
	Televisia	
	Tenone(s)	
	Adicionar Telefone	
	A Não foram encontrados endereços!	
	Email(s)	
	Adicionar Email	
	E-mail:	Excluir
	pmanjos@gmail.com	
	► Dados profissionais	
	→ Anexos	
		GOVERNO FEDERAL
SAÚDI	SUS SUS e da Educação na Saúde Saúda	
MAIS PERTO DE VO	Assessoria de Informática	PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA



Preencha os dados e selecione o botão "Gravar".

 Documentos Trocar Programa Cadastro 	> <u>&</u> Bem vindo: Número do CPF: 04298041999 [GESTOR MUNICIPAL]	Sair
i Editar	▶ Resumo da Adesão	
× Sair	► Dados pessoais	
	Dados de contato	
	Cadastro de Endereço	
	Pais: * Selecione	
	Tipo de End.* EP Excl Endereço: * \$8900 \$8900	uir
	Complemento:	
	Estado: * Selecione Cidade: * Selecione Código Postal: *	uir
	Gravar	
	E-mailt infosgtes@br	uir



Selecione o botão "Fechar".

2		io					
	Dados pessoais						
	Dados de contato	Aviso					
	Endereço(s)	Endereço g	gravado com si	ucesso!			
	Adicionar End			Fechar			
	200203-000				Nº	Bairro	
	Tipo	and the second se					
	Tipo	BRASIL G) FORMOSA	Rua Gois travesa com a esquina C quadra	10	formosinha	73
	Tipo RESIDENCIAL	BRASIL G	D FORMOSA	Rua Gois travesa com a esquina C quadra	10	formosinha	73
	Tipo RESIDENCIAL Telfone(s)	BRASIL G	D FORMOSA	Rua Gois travesa com a esquina C quadra	10	formosinha	7



Selecione o botão "Adicionar Telefone".





Preencha os dados e selecione o botão "Gravar".

*	Dados de conta	ito							
	Endereço(s)								
	Adicionar Er	ndereço							
	Tipo	País	UF	Município	Logradouro	No	Bairro	CEP	Excluir
	COMERCIAI	BRASH	DE	BRASILIA	Esplanada dos Ministérios	759	Zona Civico -	70058900	
Cadas	tro de Tele	fone							
Times*					_			_	
npo:		Selecior	ne		•				
Cod. Inter	macional:								
DDD:*									Excluir
Número:*		<u> </u>							m
									Bernin -
							Graver		
							Glavar		
-	-							110	
					E-mz				Excluir
						N.			
					infosgte gov.br				
					· ·				



Selecione o botão "Fechar".

grama	🚊 Bem vindo: Núme	ro do CPF: 0429	8037967 [PROFIS	SIONAL]			
⇒ E Municípios Desistência har Pagamentos		o Aviso Telefone gravado	o com sucesso!	Fechar	na C 10 formosinha	CEP 73000000	Exc
	COMERCIAL	Tipo	DD1 55	DDD 61	Telefone 3315-2891		Excl



Selecione a aba "Dados profissionais".

5	5					1				
A O BRASIL	7				-	ORDEM E	PRO *	GRE	Se	
FAQ Fale Co	nosco									
Programa <u>s</u>	Bem vindo: Núi	mero do	CPF	04297902	958 [PROFIS	SIONAL]				
o de Municípios ar Desistência	Resumo da Ade	são								
	Dados pessoais									
136	Dados de conta	ito								
doria Geral do SUS.	Endereço(s)									
	Adicionar En	ndereço								
	Tipo	País	UF	Município		Logradouro	No	Bairro	CEP	Exclui
	COMERCIAL	BRASIL	PA	PACAJA	Rua Gois trav quadra	resa com a esquina C	759	SRL	73350300	Î
	Telfone(s)	elefone Tipo			DDI	DDD	т	elefone		Exclui
	COMERCIAL				55	61	33	315-3293		Ŵ
	Email(s)	nail								
	Autonarti				E	-11-				Fuelui
					pmanjos@d	an: amail.com				
										<u>ini</u>
	Dados profissio	onais								
	Anovor									
	AlleAUS									



Preencha os dados e selecione o botão "Gravar".





Selecione o botão "Fechar".

Início FAQ Fa	ale Conosco کے Bem vindo: Número do CPF: 04297902958 [PROFISSIONAL]
 Informar Desistência X Sair 	→ Resumo da Adesão
DISQUE SAÚDE	Dados pessoais
136	Dados de contato
Ouvidoria Geral do SUS.	✓ Dados profissionais
	Campos con (*) astarisos seño obrigatórios Escolaridade* Superior Completo Curso: MEDICINA • Instituição: Ano de Formação Estado: Cidade:* Orgão Classe: W [®] Registro: UF Registro: PE • Revalidou diploma? Sim @ Não @ Estado: Listado: Estado: Cirsor Cirsor Cirsor Cirsor Cirsor Cirsor
	→ Anexos
	SUS SUS Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Assessoria de Informática Saúde



Selecione a aba "Anexos".





Selecione o "clique aqui!".

		Acesso à Informação	BRASIL
MÁIS MÉDICOS PARA O BRASIL	$\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{\mathbf{$	ORDEM E PROGRESS	
Início FAQ Fale \$ Trocar Programa * Cadastro >	© Conosco © Bem vindo: Número do CPF: 04298037	967 [PROFISSIONAL]	Sair
Editar >	▶ Resumo da Adesão		
Recurso >	 Dados pessoais 		
Informar Desistência	 Dados de contato 		
2 Acompanhar Pagamentos 6 Sair			
	Davos pronssionais Anavos		
	Ajuda. Precisando de ajuda? Clique aqui! Só serão aceitos arquivos em formato PD	F de no máximo 1.5MB de tamanho.	
	Tipo	Documento	
	Selecione	Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado	
SAÚDE	Fazer Upload SUS SUS SUS Sus	Sestão do Trabalho Ação na Saúde Ministério da	



Leia as informações do Ajuda e selecione o botão "Fechar".





Selecione o tipo, escolha o PDF e selecione o botão "Fazer Upload".

Após upload das imagens selecione o botão "concluir".

	Acesso à Informação BR&SIL
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	ORDEM E PROGRESS
Início FAQ Fa	le Conosco Bem vindo: Número do CPF: 04298037967 [PROFISSIONAL]
 >> Seleção de Municípios ≙ Recurso >> Informar Desistência ☑ Acompanhar Pagamentos 	Resumo da Adesão Dados pessoais Dados de contato
× Sair	Dados profissionais Anexos
	Ajuda. Precisando de ajuda? <u>Clique aqui!</u> Só serão aceitos arquivos em formato PDF de no máximo 1.5MB de t Adicionar Excluír Excluír
4	Tipo Documento Identidade Identidade Certificado de Graduação Escolher arquivo Escolher arquivo Expoagrojpg
	3 Fazer Upload
	SUS SUS Sucretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Assessoria de Informática Saúde



Selecione o botão "Ok".

FAQ	Fale	2 Conosco				
18	>	≗ Bem vindo: Núme	ro do CPF: 04298037967	[PROFISSIONAL]		
inicípios	>	→ Resumo da Adesã	0			
	>	Dados pessoais				
tencia lagamentos		▶ Dados de contato			Q	
		▶ Dados profission	Aviso			
		Anexos Ajuda. Precisa Só serão aceito Certificado de Gra Identidade	Tem certeza que deseja con Tipo iduação	ok Cancelar Escolher arquivo No	inho. Documen Mesmo LuMarrone.	+ Adictonar († Exc to mp3
		Certificado de Gra	iduação 💌	Escolher arquivo Exp	ooagro.jpg	



Sistema de Gerenciamento de Programas

27^a Orientação.

Selecione o botão "Fechar".

			Acesso à Informação	BRASIL
MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	7	ORDEM E	PROGRES	
Início FAQ Fale Conv	osco Jem vindo: Número do CPF; 04298037	967 [PROFISSIONAL]		Sair
🕆 Editar >	Resumo da Adesão			
A sereção de municípios A sereção de municípi	Dados pessoais			
Informar Desistência	Dados do contato			
Acompanhar Pagamentos Sair				;
	Dados profissionais			
*	Anexos			
	Ajuda. Precisando de ajuda? <u>Clíque aquil</u> Só serão aceitos arquivos em formato PD	F de no máximo 1.5MB de tamanho.	+ Adicionar	
	Tipo		Documento	
	Selecione	Escolher arquivo Nenhum arqu	iivo selecionado	
SAUDE J	Fazer Upload Secretaria de 0	Sestão do Trabalho Ministério da		
HAIS PERTO DE VOCÊ	e da Educ Assessoria	açao na Saúde Saúde a de Informática	PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA	



Selecione o botão "Comprovante de pré-inscrição".





Leia atentamente a Declaração de veracidade de informações e selecione o botão "Li e concordo".

ancelar inscrição air	✓ Resumo da Adesão
DISQUE SAÚDE	Cod. Inscrição: 18741 CPF: 46880593100
Ouvidor Declaraçã	ão de veracidade de informações
Declaro conhe Declaro, ainda do processo,	iecer e aceitar todas as normas estabelecidas no Edital nº 39 de 8 de Julho de 2013. la, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autorizo a sua verificação e estar ciente de minha exclusão caso os dados não sejam confirmados.
TERMO DE AD	DESÃO E COMPROMISSO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E Nome - CPF: 46880593100 PARA ADESÃO AO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.
O MINISTÉRIO Trabalho e da Nome - CPF: 4 (XXXXXXXXX que dispõe so resolvem celeb	D DA SAÚDE, CNPJ nº 03.274.533/0001-50, neste ato representado por MOZART JÚLIO TABOSA SALES, Secretário de Gestão do Educação na Saúde, com endereço na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 7º andar, sala 716 - CEP 70.058-900, Brasília (DF), e 46880593100 , portador do Documento de Identidade/Passaporte nº (XXXXXXXXXXXXXX), CPF nº(XXXXXXXXXXXXX), Registro CRM nº XX), residente e domiciliado em (XXXXXXXXXXXXX), nos termos da Portaria Interministerial nº 1369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, bore a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasíli, instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, bora o presente Termo de Adesão e Compromisso para adesão ao Projeto, mediante as cláusulas e condições seguintes:
CLÁUSULA PR	RIMEIRA - DO OBJETO te Termo tem nor obieto a adesão do médico ao Proieto la Soir obrigações e responsabilidades mútuas para
	Li e concordo Cancelar
SAÚI	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Ministério da



Salve o comprovante.

