

TUTORIAL (PRECEPTOR) - EDITAL 09/2025-

Atualizado em 04/08/2025

Acessar link de cadastro: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/preceptor>

Clicar em "Entrar com gov.br"

Após fazer login pelo gov.br clique em Nova Inscrição

Na aba 'Vaga' selecione 'PMSA-09/2025 - Preceptor'

Para o edital 09/2025, é requisito ter vínculo ativo com o SUS no município de inscrição. Para os municípios com um grande número de estudantes foi realizada a divisão geográfica das unidades de saúde por regional. Consulte se seu município foi regionalizado no link:

Se se seu município está na lista de regionalização, acesse no link a seguir a distribuição das unidades de saúde por regional e indique, no ato da inscrição, a regional do CNES de sua Unidade de atuação: https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2025/07/1.Sumario_Mapas_Edital_09_2025.pdf

Se seu município não foi regionalizado inscreva-se apenas no município. Caso o CNES da Unidade de Atuação não seja encontrado, deverá ser indicado o CNES da Unidade mais próxima.

Preencha seus dados conforme seu documento de identificação.

UFRGS Mais Saúde com Agente **CPD** Programa Mais Saúde com Agente

[Alto Contraste](#)

Fique atento às datas

Cargo	Período de inscrição
PMSA - 09/2025 Preceptor	/2025 /2025 -

Orientações - Tutorial

- Os campos marcados com * são obrigatórios.
- As informações solicitadas neste formulário são fundamentais para que o Ministério da Saúde conheça o perfil dos alunos do curso.
- Coloque o ponteiro do mouse sobre o ? para uma descrição dos campos.
- Após enviar a inscrição, será gerado um Documento autenticado da confirmação da Inscrição e os Documentos enviados para avaliação da UFRGS. Este documento estará disponível na área de

Vaga

Vaga: * -- Selecione --
-- Selecione --
PMSA - 09/2025 Preceptor

Dados Pessoais

CPF: _____

Nome: * _____ ?

RG ou RNE: _____ ?

UF Emissor: Seleccione

Órgão Emissor: _____

E-mail: * _____

Confirmação e-mail: * _____

Aparecerá uma janela automática na tela solicitando a confirmação da inscrição para a vaga 'PMSA-09/2025 - Preceptor'

Clique em 'Sim', caso confirme a vaga selecionada

UFRGS Mais Saúde com Agente **CPD** Programa Mais Saúde com Agente

[Alto Contraste](#)

Fique atento às datas

Cargo	Período de inscrição
PMSA - 05/2025 - Preceptor	03/04/2025 - 19:40 a 03/04/2025 - 20:10

Orientações - Tutorial

- Os campos marcados com * são obrigatórios.
- As informações solicitadas neste formulário são fundamentais para que o
- Coloque o ponteiro do mouse sobre o ? para uma descrição dos campos
- Após enviar a inscrição, será gerado um Documento autenticado da conf

Vaga

Vaga: * PMSA - 05/2025 - Preceptor

Dados Pessoais

CPF: _____

Nome: * _____ ?

RG ou RNE: _____ ?

UF Emissor: Seleccione

Atenção
Você selecionou
PMSA - 09/2025 - Preceptor
Deseja continuar?
Sim Não

Preencha os dados solicitados.

Os campos marcados com * (asterisco) são de preenchimento obrigatório.

Dados Pessoais

CPF:

Nome: *

RG ou RNE:

UF Emissor: Seleccione

Órgão Emissor:

E-mail: *

Confirmação e-mail: *

Nome da mãe: *

Sexo: * Seleccione

Escolaridade: * Seleccione

Data nascimento: *

Estado civil: * Seleccione

Nacionalidade: * Seleccione

Pais: * Brasil

Estado Naturalidade: * Seleccione

Município Naturalidade: *

Telefone: *

Raça/cor: * Seleccione

PcD: * Sem Deficiência

Endereço

Confirmação e-mail: *

Nome da mãe: *

Sexo: * Seleccione

Escolaridade: * Seleccione

Data nascimento: *

Estado civil: * Seleccione

Nacionalidade: * Seleccione

Pais: * Brasil

Estado Naturalidade: * Seleccione

Município Naturalidade: *

Telefone: *

Raça/cor: * Seleccione

PcD: * Sem Deficiência

Endereço

CEP: *

Endereço: *

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: *

Estado: * Seleccione

Endereço

CEP: *

Endereço: *

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: *

Estado: * Seleccione

☐ Aceito ser cadastrado como extensionista visitante na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o desenvolvimento de todas as atividades previstas neste Edital; adicionalmente declaro não possuir vínculo ativo com o Ministério da Saúde.

☐ Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa FAURGS, conforme Anexo II deste Edital. [Clique aqui](#) para abrir o Termo de Compromisso e Responsabilidade de Participação.

Salvar Inscrição

Após preencher os dados. Selecione 'Aceito ser cadastrado como extensionista visitante...' caso concorde/atenda o item, e 'Declaro, para os devidos fins, que tenho...'

Confira se seus dados estão corretos. Não é possível realizar alterações na inscrição após sua finalização.

Por fim, clique em 'Salvar Inscrição'.

Raça/cor: * [dropdown]
Pcd: * [dropdown]

Endereço

CEP: * [input]
Endereço: * [input]
Número: [input]
Complemento: [input]
Bairro: [input]
Cidade: * [input]
Estado: * [input]

☒ Aceito ser cadastrado como extensionista visitante na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o desenvolvimento de todas as atividades previstas neste Edital; adicionalmente declaro não possuir vínculo ativo com o Ministério da Saúde.
☒ Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa FAURGS, conforme Anexo II deste Edital. [Clique aqui](#) para abrir o Termo de Compromisso e Responsabilidade de Participação.

[Salvar Inscrição](#)

Após clicar em 'Salvar Inscrição', aparecerá a seguinte tela. Será encaminhado um código para o seu e-mail. Insira o código de validação que foi encaminhado para o seu e-mail. Adicione o código na aba indicada, Clique em 'Validar'

UFRGS Mais Saúde com Agente CPD Programa Mais Saúde com Agente

[Alto Cor](#)

Dados salvos com sucesso.
IMPORTANTE: Você deve confirmar seu e-mail para enviar a sua inscrição.
Não esqueça de enviar sua inscrição para avaliação clicando no botão "Enviar Inscrição".

Fique atento às datas

Cargo	Período de inscrição
PMSA - 09/2025 - Preceptor	/2025 - /2025 -

Orientações - Tutorial

- Os campos marcados com * são obrigatórios.
- As informações solicitadas neste formulário são fundamentais para que o Ministério da Saúde conheça o perfil dos alunos do curso.
- Coloque o ponteiro do mouse sobre o ⓘ para uma descrição dos campos.
- Após enviar a inscrição, será gerado um Documento autenticado da confirmação da Inscrição e os Documentos enviados para avaliação da UFRGS. Este documento estará disponível na área

Situação

Inscrição não enviada!

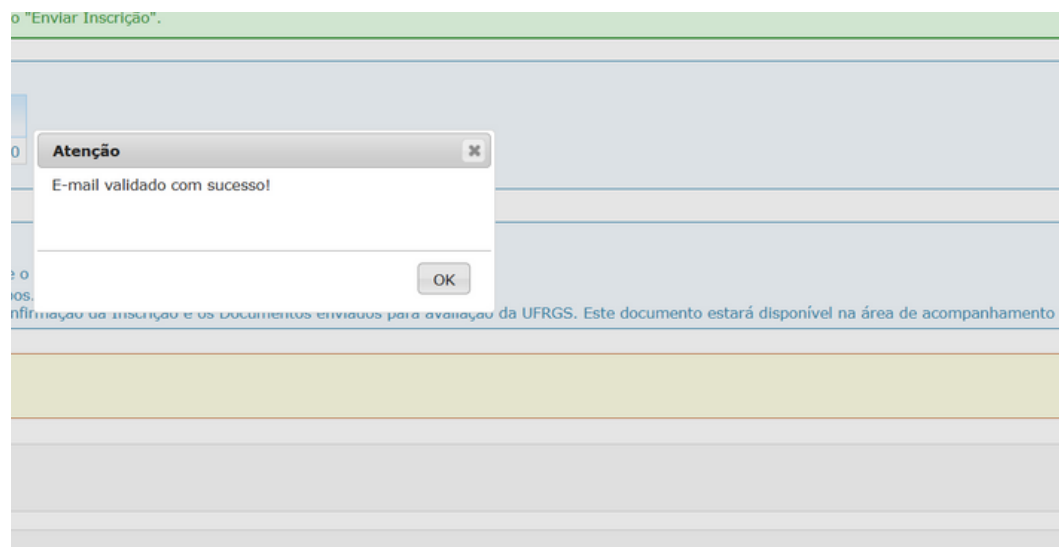
Validação de E-mail

Insira aqui o código de validação [input] [Validar](#)

Acesse o e-mail [input] e insira o código de validação. [Clique aqui](#) para receber um novo código de validação.

Após adicionar o código, aparecerá o seguinte na sua tela.

Clique em 'OK'



Preencha os dados profissionais solicitados.

Para o edital 09/2025, é requisito ter vínculo ativo com o SUS como profissional de nível superior no município de inscrição. As vagas do presente edital são destinadas somente aos municípios indicados no Anexo I.

Dados profissionais

Estado: -- Selecione --

Município:

Unidade de Saúde:

Documentação

Atenção

Caso não seja exibida uma nova janela ao pressionar o botão "Selecionar Documento frente/verso", acesse a inscrição através de uma aba anônima do seu navegador. Todos os comprovantes referentes ao mesmo Tipo de Documento devem ser anexados em arquivo PDF único.

Documento	Documento com um anexo	Documento frente e verso
Comprovante de alteração de nome/sobrenome	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Comprovante de Conclusão Graduação	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Comprovante de Conclusão Residência Multiprofissional ou Uniprofissional em Saúde	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Declaração de disponibilidade e concordância do gestor municipal	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Documento bancário (número agência, conta e nome completo)	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Documento de Identificação	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Experiência de trabalho assistencial ou gestão APS e/ou Vigilância	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso

Quando arquivo frente e verso, clique em 'Selecionar Documentos frente/verso'.

Atenção

Caso não seja exibida uma nova janela ao pressionar o botão "Selecionar Documento frente/verso", acesse a inscrição através de uma aba anônima do seu navegador. Todos os comprovantes referentes ao mesmo Tipo de Documento devem ser anexados em arquivo PDF único.

Documento	Documento com um anexo	Documento frente e verso
Comprovante de alteração de nome/sobrenome ?	Visualizar Remover	
Comprovante de Conclusão Graduação * ?	Visualizar Remover	
Comprovante de Conclusão Residência Multiprofissional ou Uniprofissional em Saúde ?	Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido	Selecionar Documentos frente/verso
Declaração de disponibilidade e concordância do gestor municipal * ?	Visualizar Remover	
Documento bancário (número agência, conta e nome completo) * ?	Visualizar Remover	
Documento de Identificação * ?	Visualizar Remover	
Experiência de trabalho assistencial ou gestão APS e/ou Vigilância ?	Visualizar Remover	

Confira seus dados pessoais.

Dados Pessoais

CPF:

Nome: *

RG ou RNE:

UF Emissor:

Órgão Emissor:

E-mail:

Nome da mãe:

Sexo: *

Escolaridade: *

Data nascimento: *

Estado civil: *

Nacionalidade: *

Pais: *

Estado Naturalidade: *

Município Naturalidade: *

Telefone: *

Raça/cor: *

PcD: *

Alterar e-mail

Endereço

CEP: *

Endereço: *

Número: *

Confira seu endereço.

Raça/cor: *

PcD: *

Endereço

CEP: *

Endereço: *

Número: *

Complemento:

Bairro:

Cidade: *

Estado: *

☒ Aceito ser cadastrado como extensionista visitante na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o desenvolvimento de todas as atividades previstas no item 3.4.2 deste Edital.

☒ Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa FAURGS, conforme Anexo II deste Edital. [Clique aqui](#) para abrir o Termo de Compromisso e Responsabilidade de Participação.

[Salvar Inscrição](#) [Enviar Inscrição](#)



Clicar em 'Enviar Inscrição'.

Endereço: *

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: *

Estado: *

☒ Aceito ser cadastrado como extensionista visitante na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o desenvolvimento de todas as atividades previstas no item 3.4.2 deste Edital.

☒ Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa FAURGS, conforme Anexo II deste Edital. [Clique aqui](#) para abrir o Termo de Compromisso e Responsabilidade de Participação.

[Salvar Inscrição](#) [Enviar Inscrição](#)

Atenção! O processo de inscrição só será finalizado se você clicar em "Enviar Inscrição".

Após clicar em 'Enviar Inscrição', aparecerá a seguinte tela.

Clique em continuar.

Endereço

CEP: *

Endereço: *

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade: *

Estado: *

☒ Aceito ser cadastrado como extensionista visitante na Universidade Federal de Pelotas.

☒ Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à Responsabilidade de Participação.

[Salvar Inscrição](#) [Enviar Inscrição](#)

Atenção

Você está se inscrevendo na vaga

PMSA - 09/2025, - Preceptor

Não será possível a alteração das informações dos dados de inscrição após o envio das informações.

Deseja continuar?

[Continuar](#) [Cancelar](#)

atividades previstas no item 3.4.2 deste Edital. [Clique aqui](#) para abrir o Termo de Compromisso e

BRASIL BEM CUIDADO MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

BRASIL GOVERNO FEDERAL

UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CONASEMS

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

UFRGS **Mais Saúde com Agente** **CPD** **Programa Mais Saúde com Agente**

Alto Co

Inscrição enviada com sucesso.

Para acessar o comprovante de envio da inscrição clique em "Comprovante de envio de inscrição e documentação".

Para acompanhar o status da inscrição, acesse a Área de acompanhamento. Fique atento ao período de avaliação!

Fique atento às datas

Período de Inscrição:

Situação da inscrição

Aguardando avaliação

Dados cadastrais

Vaga: **PMSA - 09/2025 - Preceptor**

CPF:

Nome:

E-mail:

Etapas Indicação:

[Ver todos os dados](#)

Comprovante de envio

[Comprovante de envio de inscrição e documentação](#)