



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## DECRETO Nº 1001/2026

De 09.04.2026

“Regulamenta a concessão de auxílio-moradia e auxílio-alimentação aos médicos participantes do Programa Mais Médicos no Município de Angatuba, nos termos da Lei Municipal nº 645, de 26 de setembro de 2023, e dá outras providências”.

**NÍCOLAS BASILE ROCHEL**, Prefeito do Município de Angatuba, do Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe foram conferidas por Lei, e considerando o disposto na Lei Municipal nº 645/2023 e na Portaria nº 300/2017 do Ministério da Saúde,

### DECRETA:

**Art. 1º.** Este Decreto regulamenta os critérios e procedimentos para a concessão dos auxílios financeiros destinados ao custeio de despesas com moradia e alimentação aos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, alocados neste Município.

**Art. 2º.** O auxílio-moradia, de natureza indenizatória, será concedido mediante repasse de recurso pecuniário diretamente ao médico participante, observando-se o valor máximo estabelecido no Art. 2º da Lei Municipal nº 645/2023.

**Art. 3º.** Em estrita observância ao disposto no § 6º do Art. 3º da Portaria nº 300/2017 do Ministério da Saúde, a concessão do auxílio-moradia não será deferida aos médicos participantes que já residiam no Município de Angatuba na data de sua alocação no programa.

**Art. 4º.** Para a habilitação ao recebimento do auxílio-moradia, o médico não residente deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva:

- I – Cópia do Termo de Adesão e Compromisso firmado com o Ministério da Saúde;
- I – Contrato de locação de imóvel residencial em seu nome, devidamente assinado;
- III – Declaração, sob as penas da lei, de que não possuía residência no Município de Angatuba anteriormente à sua convocação para o Programa.



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

**Art. 5º.** O auxílio-alimentação será concedido mensalmente a todos os médicos participantes em efetivo exercício, no valor estabelecido no Art. 3º da Lei Municipal nº 645/2023, independentemente do local de residência prévia.

**Art. 6º.** O pagamento dos auxílios fica condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde, devendo ser suspenso imediatamente em caso de desligamento do profissional do Programa ou afastamento das atividades laborais por período superior ao permitido nas normas federais.

**Art. 7º.** A Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva poderá, a qualquer tempo, realizar diligências para verificar a veracidade das informações prestadas e a efetiva manutenção da residência locada.

**Art. 8º.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura do Município de Angatuba, 09 de abril de 2026.

  
**NICOLAS BASILE-ROCHEL**

Prefeito Municipal

**Registre-se. Publique-se.**

**Em 09.04.2026.**



# Prefeitura do Município de Angatuba

Rua João Lopes Filho, 120, Centro

CEP 18240-000 - Angatuba - SP

Tel: (15)3255 9500

## ANEXO I

### DECLARAÇÃO PARA FINS DE RECEBIMENTO DE AUXÍLIO-MORADIA PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Eu, ..., nacionalidade: ..., estado civil: ....., médico(a) participante do Programa Mais Médicos para o Brasil, portador(a) da cédula de identidade RG nº ..... e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº ....., registro profissional CRM nº ....., alocado(a) no Município de Angatuba/SP, para fins de concessão do auxílio-moradia previsto na Lei Municipal nº 645/2023 e regulamentado pelo Decreto Municipal nº ...../2026,

**DECLARO**, sob as penas da lei, que:

1- NÃO RESIDIA no Município de Angatuba/SP na data da minha convocação e alocação para o Programa Mais Médicos para o Brasil neste ente federativo;

2- Fixei residência neste Município exclusivamente em razão das atividades profissionais desempenhadas no referido Programa;

3- Tenho pleno conhecimento do disposto no § 6º do Art. 3º da Portaria nº 300/2017 do Ministério da Saúde, que veda a concessão de auxílio-moradia aos médicos que já residiam no município de alocação;

4- Comprometo-me a informar imediatamente à Secretaria Municipal de Saúde e Medicina Preventiva qualquer alteração na minha situação fática que possa ensejar a suspensão do benefício.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas, estando ciente de que a falsidade desta declaração configura o crime de Falsidade Ideológica, previsto no Art. 299 do Código Penal, sujeitando-me às sanções penais, civis e administrativas cabíveis, além da obrigatoriedade de restituição dos valores recebidos indevidamente aos cofres públicos.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Angatuba/SP, .....de ..... de 20...

.....

Assinatura