

# I N F O R M E / MAIS MÉDICOS

Informe nº 14/2017 - Brasília, 20 de fevereiro de 2017

## COMUNICADO AOS GESTORES PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

ASSUNTO: INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES DOS MÉDICOS PARTICIPANTES

PARA: «MUNICÍPIO»-«UF»

Prezado(a) Gestor(a),

A Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos solicita o preenchimento de formulário para cada médico participante descrito abaixo **até o dia 01/03/2017**, referente às atividades executadas no **mês de fevereiro de 2017**, para que as informações possam subsidiar a validação do pagamento de bolsa-formação.

CPF	NOME COMPLETO	PERFIL	FORMULÁRIO
«CPF_1»	«NOME_1»	«PERFIL_1»	<a href="#">SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE</a>
«CPF_2»	«NOME_2»	«PERFIL_2»	<a href="#">SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE</a>
«CPF_3»	«NOME_3»	«PERFIL_3»	<a href="#">SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE</a>
«CPF_4»	«NOME_4»	«PERFIL_4»	<a href="#">SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE</a>
«CPF_5»	«NOME_5»	«PERFIL_5»	<a href="#">SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE</a>

...

Clique no link “SITUAÇÃO DO MÉDICO PARTICIPANTE” de cada médico e preencha conforme as informações solicitadas.

Sugerimos que sejam copiadas as informações dos profissionais citadas acima (CPF e NOME COMPLETO), evitando assim erros nas informações prestadas.

Atenciosamente,

Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos  
Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde - DEPREPS  
Secretaria de gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES

