

ADAPS



Agência para o Desenvolvimento
da Atenção Primária à Saúde

Guia de Solicitação de Recesso (Médico Bolsista)

Plataforma Sênior

Regras para Recesso:

- O pedido deve ser realizado com um mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência;
- No primeiro ano de atividade, o recesso somente poderá ser solicitado após 12 meses de efetiva participação no programa;
- Deverá ser observado pelo médico um intervalo de, no mínimo, 3 (três) meses entre o gozo de cada período de recesso;
- É vedado o acúmulo de períodos de recesso;
- Durante o período do recesso, o médico deve permanecer exercendo suas atividades teórico aplicadas do EER.

IMPORTANTE:

Na solicitação, haverá um link "**arquivo modelo de pedido de recesso**" para baixar o formulário para solicitação do recesso.

Siga os passos:

- 1 - Baixe o Formulário;
- 2 - Preencha o Formulário de solicitação de recesso;
- 3 - Date e assine o Formulário;
- 4 - Solicite ao Gestor para **datar**, **assinar** e **carimbar** o Formulário;
- 5 - Escaneie o Formulário e anexe no campo "**selecione arquivo**".

Observação: O formulário é de **preenchimento** e **envio obrigatório** para finalização do processo.

Passo a Passo

1 - Acesse: Plataforma Sênior

← Clique aqui →

ADAPS

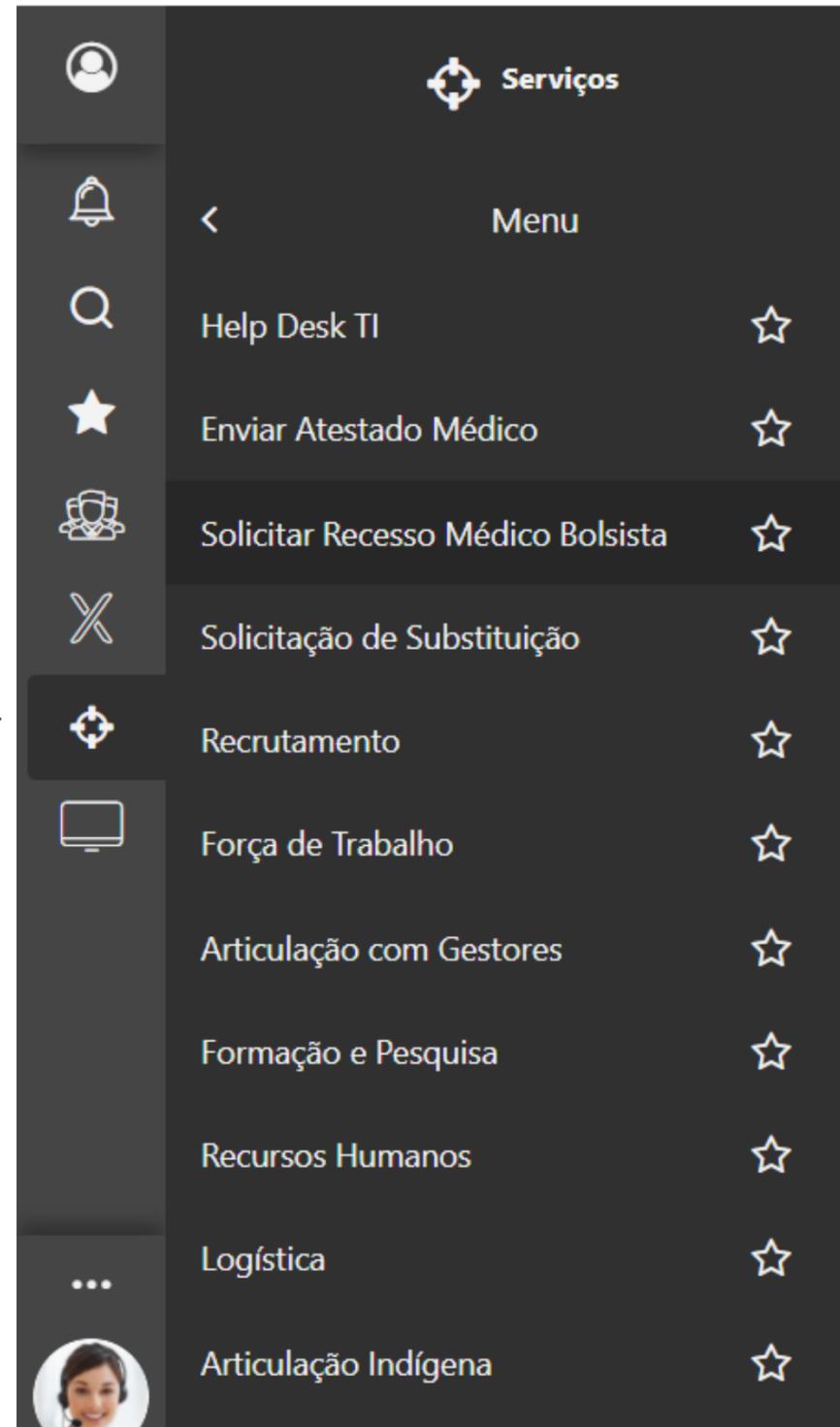
Agência para o Desenvolvimento
da Atenção Primária à Saúde

A screenshot of the ADAPS login page. At the top is the ADAPS logo. Below it is the text "Acesse a sua conta". There are two input fields: the first contains the email address "1111111111@adapsbrasil.com.br" and the second contains a masked password ".....". Below the fields is a blue "Autenticar" button. Underneath the button is a link "Esqueceu a senha?". At the bottom, there is a link for "Política de Privacidade" and a note "Desenvolvido por Senior" with the Senior logo.

Informe seu
usuário e senha

Passo a Passo

2 - Clique no ícone Serviços e, logo em seguida, selecione a opção Solicitar Recesso Médico Bolsista



IMPORTANTE:

O recesso precisa ser solicitado com **45** dias de antecedência, no mínimo, assim como a solicitação de cancelamento ou de alteração.

Passo a Passo

3 - Preencha os campos necessários



ASSUNTO:
NOME COMPLETO

Tarefa : solicitar recesso

Assunto

NOME COMPLETO



Enviar para

Prosseguir



Responsável

GrupoRecursosHumanos



Enviar

Formulário

Anexos (0)

Histórico e Observações

Andamento do processo

Nome Completo do Médico Bolsista



CPF



Data da Admissão



Tipo de Solicitação *

Marcação de recesso

Alteração de recesso



TIPO DE SOLICITAÇÃO:

Selecione "Marcação", caso seja o primeiro pedido de agendamento, ou "Alteração", para solicitar ajuste de períodos já agendados.



PRIMEIRO PERÍODO DE RECESSO

O primeiro período de recesso solicitado inicia-se em: * 

__/__/__



Quantidade de dias *



Passo a Passo

3 - Preencha os campos necessários

Tarefa : solicitar recesso

Assunto

NOME COMPLETO

Enviar para

Prosseguir



Responsável

GrupoRecursosHumanos



Enviar

Formulário

Anexos (0)

Histórico e Observações

Andamento do processo

Nome Completo do Médico Bolsista



CPF



Data da Admissão



Tipo de Solicitação *

Marcação de recesso



PRIMEIRO PERÍODO DE RECESSO

O primeiro período de recesso solicitado inicia-se em: *

05/06/2023



O primeiro período de recesso solicitado termina em:



Quantidade de dias *

Dropdown menu with options: 30, 15

QUANTIDADE DE DIAS:

Escolha a quantidade de dias do recesso:
15 ou **30** Dias.

Passo a Passo

3 - Preencha os campos necessários

Assunto: Enviar para: Responsável:

Valor de Referência: O segundo período de recesso pode ser solicitado a partir de:

O segundo período de recesso solicitado inicia-se em:

Quantidade de dias

O segundo período de recesso solicitado termina em:

FORMULÁRIO OBRIGATÓRIO PARA O PEDIDO DE RECESSO

[Arquivo modelo de pedido de recesso](#)

Upload do arquivo preenchido assinado pelo Médico e assinado e carimbado pelo Gestor *

IMPORTANTE:
Baixe o modelo do arquivo para preenchimento e recolhimento de todas as assinaturas necessárias, inclusive a do Gestor, logo depois selecione o arquivo para finalização da solicitação.
FORMULÁRIO É OBRIGATÓRIO
Após arquivar o documento, finalize em **Enviar**



DÚVIDAS, ESTAMOS À DISPOSIÇÃO:

E-MAIL

faleconosco@adapsbrasil.com.br

FONE

(61) 3686 5550