

### Confirmação de disponibilidade

É de obrigação do médico bolsista confirmar a participação para que as providências relativas a custeio de traslado e hospedagem sejam providenciadas.

☐ Confirmando disponibilidade para a data informada acima

**Observação:** Situações excepcionais nas quais não seja possível o comparecimento na data designada, deverão ser reportadas à ADAPS através do e-mail [ensino@adapsbrasil.com.br](mailto:ensino@adapsbrasil.com.br)

### Deseja receber passagem pela ADAPS

**Art. 5º** Nos casos em que a distância entre os municípios for superior a 500 km (quinhentos quilômetros), o médico bolsista poderá optar por:

I - receber o recurso financeiro de subsídio ao seu traslado, de acordo com os parâmetros desta Portaria;

II - receber as passagens de ida e volta, adquiridas pela ADAPS, desde que a agência contratada, consiga garantir a contratação dos serviços, de forma que a escolha do meio de transporte venha de encontro aos princípios da vantajosidade e economicidade.

§ 1º O médico bolsista deverá informar a ADAPS, em sistema a ser disponibilizado pela Agência, apenas nos casos em que optar pela alternativa descrita no inciso II deste artigo.

#### ALERTAS:

O RECURSO FINANCEIRO DISPONIBILIZADO PELA ADAPS PARA O DESLOCAMENTO, CONTEMPLA SOMENTE AO REALIZADO EM CARRO PRÓPRIO E NO TRECHO DE IDA E VOLT, NÃO ESTÁ PREVISTO O INCENTIVO PARA DESLOCAMENTO DIÁRIO.

PARA OS DESLOCAMENTOS ACIMA DE 500 KM, PARA AQUELES QUE NÃO OPTAREM POR CARRO PRÓPRIO, A ADAPS EMITIRÁ AS PASSAGENS DE ÔNIBUS OU AÉREO QUANDO FOR O CASO.

A ADAPS NÃO FARÁ REEMBOLSO DE DESPESAS DE MÉDICOS BOLSISTAS REALIZADAS POR CONTA PRÓPRIA (EMIÇÃO DE PASSAGENS E HOSPEDAGEM SOMENTE VIA CONTRATAÇÃO ADAPS).

☐ DESEJO receber as passagens de ida e volta pela agência ao invés de receber o recurso financeiro de subsídio

### Necessita de hospedagem

**Art. 10** Caso o médico bolsista não necessite da contratação de local de hospedagem no município onde realiza a tutoria clínica, deverá informar a ADAPS em até 15 (quinze) dias antes da data prevista para o deslocamento, em sistema a ser disponibilizado pela Agência.

☐ NÃO NECESSITO de contratação de local de hospedagem

Obs: se marcar este campo, você está confirmando que não deseja a hospedagem!

### Termo de responsabilidade

**Art. 15** - Para os médicos que farão o deslocamento em carro próprio, deverão assinar um termo de responsabilidade no sistema a ser disponibilizado.

[ACESSAR O TERMO](#)

☐ Concordo com o conteúdo do termo de responsabilidade

### Portaria Nº9

[Link de acesso a Portaria que versa sobre traslados e hospedagens.](#)

☐ Declaro que estou ciente dos termos da portaria Nº 09 (\*)

ENVIAR ➤

CANCELAR ✕