

**ANEXO "P"**

**REQUERIMENTO PARA ADIAMENTO DO ESTÁGIO DE ADAPTAÇÃO E SERVIÇO**

Ao Exmo Sr Comandante da 3ª Região Militar

Do \_\_\_\_\_  
*Nome Completo do Médico (letra de forma)*

Objeto: Adiamiento de EAS

Sr Comandante,

1. Eu, \_\_\_\_\_, médico formado pelo(a) (Instituição) \_\_\_\_\_, em (no ano) \_\_\_\_\_, C P F \_\_\_\_\_, Idt Nr \_\_\_\_\_, expedida pelo (a) \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, tendo sido classificado para Curso/Residência Médica Hospitalar na especialidade de \_\_\_\_\_ a partir da data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no(a) (Instituição) \_\_\_\_\_, solicita a V Exa a concessão de Adiamiento de Estágio de Adaptação e Serviço (EAS), pelo prazo de \_\_\_\_\_ anos, com previsão de ser concluído em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo qual anexa o competente comprovante.

2. Tal solicitação encontra amparo no Art 90 da Portaria Nr 46-DGP, de 27 de março de 2012.

3. É a (primeira/ segunda) \_\_\_\_\_ vez que requer.

\_\_\_\_\_,RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do candidato)  
(Assinatura igual ao documento válido)

Endereço: Av/Rua \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone (fixo e celular): \_\_\_\_\_  
Endereço eletrônico (e-mail): \_\_\_\_\_