

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

Ao Sr Comandante da 3ª Região Militar

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

Assunto: Adiamento de EAS

Sr Comandante,

1. Eu, \_\_\_\_\_, médico formado pelo(a) (Instituição) \_\_\_\_\_, em (no ano) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, 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 concessão de Adiamento 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 99 da Portaria – DGP/C Ex Nr 407, de 25 de julho de 2022, 2ª Edição.

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): \_\_\_\_\_