\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**À Coordenação de Provas,**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho informar que no período de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ estou/estive de **LICENÇA MÉDICA** por motivo de doença cujo CID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme cópia do documento em anexo, também apresentado ao órgão estadual de exercício.

Tenho ciência que neste período **NÃO POSSO EXAMINAR** e caso este seja superior a 15(quinze) dias, este documento deve ser **PROTOCOLADO** juntamente com os atestados que comprove a solicitação. Para o retorno às escalas devo apresentar laudo do médico autorizando o retorno à área de exames. (IS 184/15, Art 10 §3º).

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Examinador(a)