

## ANEXO V

### ATESTADO DE DOENÇA CRÔNICA, DEFICIÊNCIA OU INVALIDEZ PERMANENTE

(Deverá ser preenchido pelo médico/a)

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ atesto, a requerimento da parte interessada e para fins de apresentação ao Processo de Bolsas de Estudo da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó, que o Sr(a) \_\_\_\_\_

1) apresenta a(s) seguinte(s) doença(s) crônica(s)\*, deficiência ou invalidez permanente:

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

2) classificada(s) com o(s) CID(s) \_\_\_\_\_

3) esse(a) paciente toma regularmente a seguinte medicação\*:

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

4) Esse(a) paciente está impossibilitado ao trabalho e/ou requer cuidados de terceiro\*: ( ) sim ( ) não Em caso \_\_\_\_\_ positivo, \_\_\_\_\_ descrever \_\_\_\_\_ as limitações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do médico(a)**

Avaliação realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Observação:** Não poderá haver rasura neste documento.

**Campo de preenchimento obrigatório.**