

ANEXO V
ATESTADO DE DOENÇA CRÔNICA
(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)*:

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

3) esse(a) paciente faz uso 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: _____

Avaliação realizada em ____ / ____ / ____.

Carimbo e assinatura do médico(a)

Observação: Não poderá haver rasura neste documento.

***Campo de preenchimento obrigatório.**