

**ANEXO VIII**  
**COMPROVANTE DE DEFICIÊNCIA OU INVALIDEZ PERMANENTE DO ESTUDANTE (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 seguinte 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.**