

**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.**