

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.**