

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 Bolsa de Estudo da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE, 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 toma regularmente a seguinte medicação: _____

4) esse(a) paciente está impossibilitado ao trabalho e/ou requer cuidados de terceiro: () sim () não

5) observações: _____

Carimbo e assinatura do médico(a)

Avaliação realizada em ____/____/____.

Observação: Não poderá haver rasura neste documento.