



ANEXO XIV
DECLARAÇÃO DE DOENÇA CRÔNICA

Eu Dr.(a) _____ **CRM** _____ declaro, a requerimento da parte interessada e para os fins previstos em Edital de Seleção, para recebimento de Bolsa de Estudos, que o(a) **Sr(a)** _____ é portador(a) de _____ que é(são) doença(s) crônica(s) com o(s) **CID(s)**_____. Esse(a) paciente toma regularmente a seguinte medicação:_____.

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)

Avaliação realizada em ____/____/_____.

Deverá ser preenchido pelo(a) acadêmico(a)

Eu, _____acadêmico(a) regularmente matriculado(a) na _____ fase do curso de _____ do Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, declaro que o valor mensal gasto com tratamento é de R\$_____. **(Anexar nota fiscal da farmácia, com medicação prescrita).**

Declaro ainda que:

() Eu sou portador(a) da doença crônica.

() O portador(a) da doença crônica é _____ (especificar o grau de parentesco).

Assinatura do(a) acadêmico(a)

Assinatura do(a) portador(a) de doença(s) crônica(s)