

ANEXO VIII
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 ____/____/____.