



**ANEXO XI  
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)** \_\_\_\_\_ portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado a Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ no Município \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 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)**