

ANEXO VII
ATESTADO DEFICIÊNCIA
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(s) seguinte(s) doença(s) crônica(s)*, deficiência ou invalidez permanente:


2) Classificada(s) com o(s) CID(s) _____

3) Esse(a) paciente toma utiliza/faz uso 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)

Observação: Não poderá haver rasura neste documento. Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Atestado com validade de um ano a contar da data registrada acima.

Assinado por: JOSE
ALEXANDRE DE TONI:
52644200920
Vice-Reitor
Data: 12/05/2026 08:46


Assinado por: CLAUDIO
ALCIDES JACOSKI:
52668924987
Reitor da Unochapecó
Data: 12/05/2026 09:31
