



**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
CONTROLADORIA/BOLSAS**

ATESTADO DE DOENÇA CRÔNICA
Deverá ser preenchido pelo médico(a)

Eu, Dr.(a) _____, inscrito
no CRM n.º _____, declaro, **sob as penas da lei e conforme estabelecido no**
Edital de Cadastro Socioeconômico, que o
Sr(a) _____ é
portadora 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 acadêmico(a)

Eu, _____
acadêmico(a) regularmente matriculado(a) no curso de
_____ da Universidade do Planalto Catarinense -
UNIPLAC, declaro que o(a) **Sr(a)** _____
_____ portador(a) de doença crônica, sou eu ou é meu(minha)
_____ e que a média mensal do valor gasto com o meu e/ou seu(s)
tratamento contínuo é de R\$ _____.

Assinatura do acadêmico

Assinatura do portador de doença(s) crônica(s)
Observação: Não poderá haver rasura neste documento.