



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
DIRETORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS  
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL

**DECLARAÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS, GRAVES E/OU INCAPACITANTES**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, declaro, para os fins de apresentação ao processo seletivo de bolsas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que o membro da minha família \_\_\_\_\_ (nome do familiar) possui diagnóstico de \_\_\_\_\_ (nome da doença), conforme o Código Internacional de Doenças (CID) nº \_\_\_\_\_, pela qual despende um gasto mensal de R\$ \_\_\_\_\_, para \_\_\_\_\_ (compra de medicamentos, exames, etc.).

Obs.: Anexar cópia do atestado médico, receitas, notas ou recibos de medicamentos, entre outros gastos declarados.

(Local e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
(Nome e assinatura)