



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL N° 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

O Diretor Geral do Campus Esperança do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, torna público que estão abertas, para o ano letivo 2017, as inscrições para os **Programas de Alimentação e Transporte**, para alunos dos cursos técnico regulares do Campus Esperança.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 Para efeito de definição dos termos utilizados neste edital conceitua-se:

- a) **Família:** grupo de membros reunidos por laços de parentescos e ou afinidade que residem no mesmo domicílio. Serão computados ainda aqueles rendimentos provenientes da ajuda de terceiros, parentes ou não, que impliquem acréscimo na renda do grupo familiar.
- b) **Dependentes:** todos os membros que dependem da renda familiar, incluindo o discente e os que percebem a renda.
- c) **Vulnerabilidade Social:** compreende os processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação, como situação decorrente da pobreza, privação e ou fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social.
- d) **Doenças Crônicas:** As doenças crônicas, segundo a Portaria n° 483, de 1° de abril de 2014 são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

2. DOS PROGRAMAS E OBJETIVOS

2.1 Em conformidade com o disposto no Decreto N° 7.234, de 19 de julho de 2010 – Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, bem como considerando o Estatuto e o Regimento Geral do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba e na Política de Assistência Estudantil aprovada pelo Conselho Superior do IFPB, Resolução n° 12/2011, convalidada pela Resolução n° 40/2011, atenderemos pelo presente edital os programas de Alimentação e Transporte cujos objetivos são:

2.1.1 **Do Programa de Auxílio Alimentação:** oportunizar aos discentes em vulnerabilidade social o atendimento das suas necessidades básicas de alimentação, na perspectiva de lhes assegurar condições indispensáveis ao pleno desenvolvimento acadêmico, social e de convivência estudantil.

2.1.2 **Do Programa de Auxílio Transporte Estudantil:** assegurar aos discentes em vulnerabilidade social as condições de deslocamento de sua residência ao Instituto, para desenvolver suas atividades acadêmicas, na perspectiva de garantia do direito constitucional de acesso, permanência e conclusão com sucesso do curso iniciado.

2.2 Os programas que se referem o item 2.1 são operacionalizados por meio de auxílio financeiro aos estudantes, com dotação orçamentária destinada pela ação 2994 e 6380. Os auxílios financeiros serão concedidos mensalmente por repasse ao estudante, de acordo com as vagas e valores praticados durante a vigência do presente edital.

2.3 Serão reservadas 5% de vagas para Pessoa com Deficiência, em cumprimento ao Decreto Federal N° 3.298/99. No caso de não ser selecionado aluno (a) com deficiência, a vaga será automaticamente transferida para ampla concorrência.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

2.4 No caso de não preenchimento de vagas em determinado programa, os valores desses serão remanejados para outros programas que apresentem estudantes classificados no cadastro de reserva.

3. DAS VAGAS E DO VALOR

3.1 O número de estudantes a serem beneficiados nos respectivos Programas se encontra especificado abaixo:

PROGRAMAS	VAGAS		TOTAL DE AUXÍLIOS	VALOR
ALIMENTAÇÃO	Ampla concorrência	40	42	R\$ 120,00
	Pessoas com deficiência	2		
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL	Ampla concorrência	19	20	R\$ 120,00
	Pessoas com deficiência	1		
TRANSPORTE MUNICIPAL	Ampla concorrência	9	10	R\$ 120,00
	Pessoas com deficiência	1		

4. DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Os Programas de Assistência Estudantil são destinados aos estudantes em vulnerabilidade social e ou exclusão social, cuja renda bruta familiar per capita seja, prioritariamente, menor ou igual a 1,5 (um e meio) salário mínimo vigente, que estejam regularmente matriculados, frequentando um dos cursos presenciais do IFPB do Campus Esperança e que tenham, obrigatoriamente, conta bancária.

5. DA SELEÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CANDIDATOS

5.1 A classificação dos candidatos terá como base os fatores sociais, econômicos e financeiros detectados por intermédio da análise dos indicadores socioeconômicos. A seleção respeitará os critérios definidos na Política de Assistência Estudantil do IFPB. Para a definição da ordem de classificação, serão considerados os seguintes critérios:

- a) Renda bruta familiar per capita, na seguinte ordem de prioridade, de acordo com a faixa de renda:
 - i. **Faixa 1:** até meio salário mínimo,
 - ii. **Faixa 2:** acima de meio salário mínimo e até um salário mínimo e
 - iii. **Faixa 3:** acima de um salário mínimo e até um salário mínimo e meio;
- b) Despesas da família com moradia;
- c) Casos de doença crônica na família;
- d) Situação de desagregação familiar;
- e) Menor idade do estudante;
- f) Estudo e análise socioeconômica.

5.2 Para fins de classificação, os critérios estabelecidos acima se sobrepõem um ao outro.

5.3 Na análise prevista na alínea “a”, os estudantes inseridos na **Faixa 1** terão prioridade na classificação sobre os estudantes na **Faixa 2**, que, por sua vez, terão prioridade sobre os estudantes inseridos na **Faixa 3**.

5.4 Existindo mais candidatos na **Faixa 1** do que a quantidade de vagas disponíveis, serão avaliados os demais critérios elencados no item 6.1, seguindo a ordem de prioridade nela definida. Nesse caso, os candidatos inseridos nas **Faixas 2 e 3** serão eliminados.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA

CAMPUS ESPERANÇA

DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

5.5 Existindo menos candidatos inseridos na **Faixa 1** do que a quantidade de vagas disponíveis, serão avaliados os candidatos inseridos nas **Faixa 2**, de acordo com os demais critérios elencados no item 6.1, seguindo a ordem de prioridade nele definida, a não ser que exista mais candidatos inseridos na **Faixa 2** do que a quantidade de vagas disponíveis, situação na qual todos os candidatos inseridos na **Faixa 2** serão contemplados;

5.6 Existindo menos candidatos inseridos na **Faixa 2** do que a quantidade de vagas disponíveis, serão avaliados os candidatos inseridos na **Faixa 3**, de acordo com os demais critérios elencados no item 6.1, seguindo a ordem de prioridade nela definida, a não ser que exista mais candidatos inseridos na **Faixa 3** do que a quantidade de vagas disponíveis, situação na qual todos os candidatos inseridos na **Faixa 3** serão contemplados.

5.7 Além dos fatores sociais, econômicos e financeiros supracitados, serão exigidos também os seguintes requisitos para cada programa:

5.7.1 **Programa de Alimentação Estudantil:** necessite, prioritariamente, permanecer em atividades acadêmicas em período integral no campus;

5.7.2 **Programa Transporte Estudantil:** residir em localidade/bairros/comunidade consideradas distantes e que exija o uso de transporte até o campus.

6. DAS INSCRIÇÕES

6.1 As inscrições poderão ser realizadas no protocolo do Campus Esperança, no período de 16 a 21 de fevereiro de 2017, mediante apresentação da seguinte documentação:

- a) Comprovante de renda familiar;
- b) Comprovação de matrícula em Curso regular presencial do IFPB;
- c) Formulário de Inscrição preenchido e assinado com foto 3x4 recente;
- d) Fotocópia de documento de identificação e CPF do requerente;
- e) Fotocópia do CPF dos demais membros do grupo familiar que tenham completado 18 (dezoito) anos até a data da inscrição;
- f) Fotocópia de documento de identificação de todo o grupo familiar;
- g) Fotocópia da última Declaração de Imposto de Renda (com todas as suas folhas, inclusive recibo de entrega) remetida à Receita Federal de todos os integrantes do grupo familiar;
- h) Fotocópia do comprovante de participação em Programas Sociais do Governo;
- i) Fotocópia dos comprovantes de remuneração mensal de todos os integrantes do grupo familiar, segundo as seguintes condições:
 - **Se assalariado:** cópia da carteira de trabalho atualizada; recibo de salário completo, holerite ou contracheque;
 - **Se desempregado:** cópia da Carteira de Trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página de contrato em branco;
 - **Se trabalhador autônomo, profissional liberal ou prestador de serviços:** Declaração Comprobatória da Renda Familiar, informando o valor mensal da renda e a atividade exercida. A declaração deverá ser assinada por duas testemunhas que não sejam membros da família, (ver modelo em anexo);
 - **Se aposentado:** cópia do último comprovante de recebimento de benefício do INSS, juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página do contrato em branco;
 - **Se pensionista:** cópia do último comprovante de recebimento de benefício do INSS, juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página do contrato em branco;
 - **Se produtor rural:** Apresentar cópia do ITR (Imposto Territorial Rural), declaração do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, constando a principal atividade e a remuneração média mensal (em moeda corrente). Caso não seja associado ao sindicato, fazer a declaração de próprio



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

punho, assinada juntamente com duas testemunhas (informar nome, RG, CPF, endereço e telefone);

- **Outros (por exemplo, comissões por vendas, "bicos", auxílios de parentes e/ou amigos):** declaração assinada por quem paga as comissões ou pelo prestador de auxílio financeiro com assinatura de duas testemunhas, que não sejam componentes do mesmo grupo familiar (nome completo e número do CPF). Apresentar também cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página do contrato em branco;
- **Se houver renda proveniente de aluguel de imóveis:** cópia do contrato de locação ou declaração original do locatário, constando em ambos o valor mensal;
- **Se estiver recebendo pensão alimentícia:** apresentar cópia da sentença judicial e declaração assinada pelo responsável do pagamento, constando o valor pago. No caso de recebimento via banco, cópia do extrato acompanhado da declaração.

7. DAS CONDIÇÕES PARA PERMANÊNCIA NOS PROGRAMAS

7.1. A seleção dos alunos se dará **por ordem de inscrição**, obedecendo aos critérios do **item 6**, classificando, automaticamente, os primeiros inscritos que atenderem aos pré-requisitos mínimos estabelecidos, mais o equivalente a 25% do número de vagas, para composição de lista de espera.

7.1 São consideradas condições para permanência no Programa:

- a) Matrícula regular;
- b) Frequência regular (igual ou superior a 75% das aulas em todas as disciplinas) levantada mensalmente;
- c) Participar, sempre que solicitado, das reuniões de acompanhamento do programa;
- d) Situação de vulnerabilidade social.

7.2 O não cumprimento das condições elencadas no item anterior e o não atendimento das condições estabelecidas no presente edital acarretarão a perda do auxílio.

Obs. 1: A qualquer tempo poderão ser efetuadas pela equipe de Assistência Estudantil, novas entrevistas e visitas domiciliares para acompanhamento do (a) estudante beneficiado pelos Programas da Assistência Estudantil do Campus Esperança.

Obs. 2: O aluno beneficiado deverá informar à CPED do Campus Esperança, a mudança de endereço ou de condição social na família durante o ano corrente.

Obs. 3: A concessão do auxílio se dará mediante a assinatura do (a) estudante, e para os discentes menores de 18 anos pelos pais ou responsáveis, do TERMO DE COMPROMISSO do Programa.

8. DO RESULTADO FINAL E DO PRAZO DE VALIDADE DOS AUXÍLIOS

8.1. O resultado final será divulgado no dia 8 de março de 2017, no sítio do IFPB, por meio do endereço www.ifpb.edu.br/esperanca/editais, e nos murais do Campus Esperança, podendo esta data ser alterada mediante Edital de Retificação.

8.2 Os estudantes serão selecionados por ordem de classificação correspondente ao número de vagas disponíveis por Programa, de acordo com o quadro do item 3.1 do presente Edital.

8.3 Os auxílios alimentação e transporte terão vigência de março a dezembro de 2017, salientando que nos meses de férias será realizado o pagamento proporcional.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

9. DA PERDA DE DIREITO

9.1 O candidato perderá o direito de permanecer nos Programas quando:

- I. Infringir as condições de manutenção definidas nos Regulamentos dos Programas da Assistência Estudantil do IFPB, disponível no site www.ifpb.edu.br; ou
- II. Não cumprir as normas estabelecidas neste Edital.

9.2 Desta decisão caberá recurso, devidamente fundamentado, no prazo de 03 (três) dias a CPED do Campus Esperança.

10. DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO EDITAL

ETAPA	DATA	LOCAL
Divulgação do Edital	14 e 15/02/2017	www.ifpb.edu.br/esperanca/editais
Período de inscrição (retirada dos formulários de inscrição) e entrega da documentação	16 a 21/02/2017	Setor de Protocolo do Campus Esperança
Entrevistas	22 e 23/02/2017	O campus fica responsável de, no momento da inscrição, informar ao aluno, local/hora das entrevistas
Análise documental	24/02/2017 e 02/03/2017	Coordenação Pedagógica
Divulgação do resultado preliminar	03/03/2017	www.ifpb.edu.br/esperanca/editais
Recurso	06/03/2017	Setor de Protocolo do Campus Esperança
Análises e pareceres dos recursos	07/03/2017	Coordenação Pedagógica
Divulgação do resultado final	08/03/2017	www.ifpb.edu.br/esperanca/editais
Reuniões de Orientação e Cadastramento**	10/03/2017	Sala de aula do Campus Esperança

**O estudante contemplado que não comparecer para realizar o cadastramento será automaticamente substituído de acordo com os critérios de classificação. No ato do cadastramento o aluno contemplado deverá apresentar Xerox do cartão bancário ou documento equivalente.

11. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 O candidato deverá conhecer o Regulamento do Programa, disponível no site www.ifpb.edu.br/esperanca/editais e as instruções estabelecidas neste Edital;

11.2 Os prazos e horários citados neste Edital são improrrogáveis e a perda de qualquer um deles implica na perda do respectivo direito;

11.4 A documentação incompleta causará o indeferimento da inscrição;

11.5 O aluno poderá receber mais de um auxílio simultaneamente de acordo com avaliação socioeconômica realizada pelo Serviço Social;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA

CAMPUS ESPERANÇA

DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

11.6 Esclarecimentos e maiores informações poderão ser obtidos na Diretoria de Ensino ou Coordenação Pedagógica do Campus;

11.7 A Diretoria de Ensino reserva-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital;

11.8 Sempre que houver necessidade, o (a) Assistente Social realizará entrevista individual, visita domiciliar ou solicitará documentos adicionais aos definidos neste Edital;

11.9 O presente Edital será publicado no site www.ifpb.edu.br/esperanca/editais.

Esperança, 14 de fevereiro de 2017.

Bruno Allison Araújo
Diretor de Desenvolvimento de Ensino
IFPB – Campus Esperança



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL N° 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

ANEXO I – Formulário de Inscrição

Caro estudante preencha todo o formulário e APRESENTE A DOCUMENTAÇÃO solicitada, para que não haja prejuízo na avaliação do seu pedido

I BENEFÍCIOS SOLICITADOS

Auxílio Alimentação

Auxílio Transporte

II DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: () M () F

CPF: _____ RG: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

N° CARTÃO DO SUS: _____

CURSO: _____ MATRÍCULA: _____

SÉRIE (Integrado): _____ MÓDULO (Subsequente): _____ TURNO: _____

ESCOLA DE ORIGEM: _____ PÚBLICA () PRIVADA ()

ENDEREÇO: _____ N°: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

ESTADO: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ TELEFONE CELULAR: _____

EMAIL: _____

MORADIA DO ALUNO(A):

() SOZINHO () FAMÍLIA () PARENTES () PENSÃO () REPÚBLICA

SITUAÇÃO DE MORADIA:

() CASA PRÓPRIA () CASA FINANCIADA () CASA ALUGADA

() CASA CEDIDA () OUTROS

III DADOS BANCÁRIOS:

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____

CONTA CORRENTE: _____ OPERAÇÃO: _____

CONTA POUPANÇA: _____ OPERAÇÃO: _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

IV SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS DE SAÚDE? SIM () NÃO ()

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL É O MEMBRO DA FAMÍLIA E O TIPO DE DOENÇA?

VOCÊ É PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS?

SIM () NÃO () ESPECIFIQUE:

*Em caso positivo, apresentar **Laudo Médico** (original e cópia).

A RESIDÊNCIA DE SUA FAMÍLIA É:

- () PRÓPRIA QUITADA () PRÓPRIA FINANCIADA () ALUGADA
() DE HERDEIROS () CEDIDA

COM QUEM VOCÊ RESIDE NA SUA CIDADE DE ORIGEM:

- () PAIS () PAIS E IRMÃOS () IRMÃOS () TIOS () AVÓS () AMIGOS
() REPÚBLICA () OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

POSSUI GASTOS COM MORADIA?

SIM () NÃO () ESPECIFIQUE:

- () ALUGUEL R\$ _____ () FINANCIAMENTO R\$ _____
() CONDOMÍNIO R\$ _____ () ÁGUA R\$ _____
() ENERGIA R\$ _____ () TELEFONE R\$ _____
() INTERNET R\$ _____ () OUTRAS DESPESAS R\$ _____

*Apresentar xerox dos comprovantes de despesas.

QUAL A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

- () TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
() RECEBE SEGURO DE DESEMPREGO
() TRABALHO TEMPORÁRIO
() NUNCA TRABALHOU
() TRABALHO AUTÔNOMO
() DESEMPREGADO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

- TRABALHO INFORMAL
- PENSIONISTA
- TRABALHO EMPRESA PRÓPRIA
- APOSENTADO

QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:

- É ARRIMO DE FAMÍLIA (PRINCIPAL RESPONSÁVEL)
- NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO
- É DEPENDENTE
- CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR

COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR

Todos os componentes da família*, inclusive o estudante.

NOME (Aluno/Parente/Agregado)	IDADE	PARENTESCO	GRAU DE INST.	PROFISSÃO	RENDA (R\$)
TOTAL DA RENDA FAMILIAR					
TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA**					

*Apresentar Xerox da Carteira de Identidade e/ou Certidão de Nascimento/Casamento, CPF e Comprovante de Renda de cada componente da família.

** Entende-se por dependentes da renda familiar, **todas** as pessoas que sobrevivem desta renda e residem no mesmo domicílio inclusive os responsáveis por esta renda.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA

CAMPUS ESPERANÇA

DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

V MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Declaro, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos que apresento para inscrição no Processo Seletivo dos Programas da Política de Assistência Estudantil, relativo ao ano letivo de 2017, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época e assumo a responsabilidade de manter informado o Setor competente pela análise do referido processo, sobre eventuais alterações em minha situação socioeconômica, sob pena de suspensão do benefício a mim concedido.

Fico ciente, portanto, que a falsidade desta declaração configura-se em crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Esperança – PB, _____ de fevereiro de 2017.

Assinatura do aluno

Assinatura dos pais ou responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

V PARECER SOCIAL (Espaço reservado à Assistente Social):

Declaro, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos que apresento para inscrição no Processo Seletivo dos Programas da Política de Assistência Estudantil, relativo ao ano letivo de 2017, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época e assumo a responsabilidade de manter informado o Setor competente pela análise do referido processo, sobre eventuais alterações em minha situação socioeconômica, sob pena de suspensão do benefício a mim concedido.

Fico ciente, portanto, que a falsidade desta declaração configura-se em crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Esperança – PB, _____ de _____ de 2017.

Assistente Social – IFPB



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL Nº 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

ANEXO II – Declaração de Renda Familiar

Eu, _____, RG Nº _____,
Órgão Expedidor _____, CPF Nº _____, residente e domiciliado à Rua _____, Nº _____,
Bairro _____, Cidade _____, UF _____,
CEP _____, telefone (____) _____. Declaro que a renda familiar do estudante é
de R\$ _____ (_____), referentes aos ganhos obtidos no
trabalho de nossa família, em atividades de:

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implica em desclassificação do estudante no processo seletivo para os Programas da Política de Assistência Estudantil ofertados pelo IFPB. Portanto, as informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

Esperança – PB, _____ de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 1

Testemunha 02:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL Nº 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

ANEXO III – Declaração de Renda Produtor Rural

Eu, _____, RG Nº _____,
Órgão Expedidor _____, CPF Nº _____, residente e domiciliado à Rua
_____, Nº _____,
Bairro _____, Cidade _____, UF _____,
CEP _____, telefone (____) _____. Declaro para os devidos fins, que possuo
remuneração média mensal de R\$ _____ (_____),
referentes aos ganhos obtidos em produção rural, em atividades de:

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implica em desclassificação do estudante no processo seletivo para os Programas da Política de Assistência Estudantil ofertados pelo IFPB. Portanto, as informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

Esperança – PB, _____ de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 1

Testemunha 02:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL Nº 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

ANEXO IV – Declaração de Ajuda Financeira de Terceiros

Eu, _____ (*pessoa que paga a comissão/ajuda financeiramente*), RG Nº _____, Órgão Expedidor _____, CPF Nº _____, residente e domiciliado à Rua _____, Nº _____, Bairro _____, Cidade _____, UF _____, CEP _____, telefone (____) _____. Declaro para os devidos fins, que pago comissão ou ajuda financeiramente _____ (*nome do membro do grupo familiar que recebe a comissão ou ajuda*) com o valor mensal de aproximadamente R\$ _____ (_____).

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implica em desclassificação do estudante no processo seletivo para os Programas da Política de Assistência Estudantil ofertados pelo IFPB. Portanto, as informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

Esperança – PB, _____ de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante

Testemunha 01:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 1

Testemunha 02:

Nome: _____,
RG Nº: _____, Órgão Expedidor: _____, CPF: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

Assinatura da Testemunha 2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA

EDITAL Nº 07/2017, de 14 de fevereiro de 2017

ANEXO V – Declaração de Pagamento de Pensão Alimentícia

Eu, _____, RG Nº _____,
Órgão Expedidor _____, CPF Nº _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei,
que pago mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____ (_____).

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

Esperança – PB, _____ de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____,
Endereço: _____ Nº: _____,
Bairro: _____, Cidade: _____, UF _____,
CEP: _____, Telefone: (____) _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____
Nome: _____	Idade: _____