



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA
AQUISIÇÃO DE ÓCULOS DE GRAU

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto de 2017

A Diretoria de Desenvolvimento de Ensino do *Campus* Esperança do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, através da COPAE, torna público que estão abertas, as inscrições para Processo Seletivo de **Aquisição de Óculos de Grau**.

1. DO OBJETIVO DO PROGRAMA

1.1 Oferecer aos discentes matriculados no IFPB – *Campus* Esperança, na modalidade presencial dos cursos integrado e subsequente, óculos de grau, devidamente receitados por profissionais da área, buscando garantir, aos estudantes, as condições necessárias ao bom desempenho acadêmico.

2. DOS PRÉ-REQUISITOS

- 2.1 Estar matriculado e com frequência regular em curso ofertado pelo Campus, na modalidade presencial.
- 2.2 Possuir renda per capita familiar de até um salário mínimo e meio vigente;
- 2.3 Apresentar receita médica válida, com especificações da necessidade da utilização dos óculos.

3. DAS INSCRIÇÕES

3.1 As inscrições serão realizadas de forma presencial na Coordenação Pedagógica e de Apoio ao Estudante (COPAE) e entregues ao Setor de Protocolo do *Campus* Esperança.

3.2 No ato da inscrição o estudante deverá entregar:

3.2.1 Formulário preenchido de inscrição (Anexo I);

3.2.2 Entregar cópias dos documentos abaixo especificados:

3.2.2.1 Fotocópia (xerox) de documento de identidade (RG) e CPF do requerente.

3.2.2.2 Comprovação de matrícula em Curso presencial do IFPB - Campus Esperança.

3.2.2.3 Comprovante de renda familiar do mês vigente da inscrição.

3.2.2.4 Fotocópia (xerox) da receita médica.

3.3 Se o estudante for menor de 18 anos, deverá entregar junto aos documentos do ponto 3.2, as seguintes comprovações dos responsáveis:

a) RG;

b) CPF;

c) Carteira de Trabalho (CTPS) (folha de rosto frente e verso, folha do último contrato de trabalho e próxima folha do contrato de trabalho em branco, em caso de desemprego);

d) Fotocópia da documentação específica para renda do candidato e da família.

• **Se assalariado:** cópia da carteira de trabalho atualizada; recibo de salário completo, holerite ou contracheque;



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE

- **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, junto à 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 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.

3.3.2 Todas as declarações apresentadas devem ser totalmente preenchidas e devidamente assinadas. Caso estejam incompletas não serão consideradas.

3.3.3 Não serão aceitos documentos entregues fora do prazo estabelecido neste Edital.

3.3.4 Após o recebimento da inscrição e documentos mencionados, nenhum outro documento poderá ser adicionado ou substituído, exceto se solicitado ou requisitado.

4. DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO EDITAL

ETAPA	DATA	LOCAL
Divulgação do Edital	25/08/2017	www.ifpb.edu.br/esperanca/editais
Período de inscrição (retirada dos formulários de inscrição) e entrega da documentação	25/08/2017 a 25/09/2017	Setor de Protocolo do <i>Campus</i> Esperança
Análise documental	26 e 27/09/2017	Coord. Pedagógica e de Apoio ao Estudante



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE

Divulgação do resultado final	29/09/2017	www.ifpb.edu.br/esperanca/editais
Escolha das armações com o técnico responsável pela ótica	02/10/2017	A definir

**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.

5. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

5.1.3 A documentação incompleta causará o indeferimento da inscrição;

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

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

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

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

Esperança, 25 de agosto de 2017



Bruno Allison Araújo

SIAPE 2044206

Diretor de Desenvolvimento de Ensino
IFPB – Campus Esperança



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS ESPERANÇA
AQUISIÇÃO DE ÓCULOS DE GRAU

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto 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

II DADOS PESSOAIS:

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: () M () F
CPF: _____ RG: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____
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: _____

JÁ FAZ USO DE ÓCULOS DE GRAU? () SIM () NÃO

MORADIA DO ALUNO(A):

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

SITUAÇÃO DE MORADIA:

() CASA PRÓPRIA () CASA FINANCIADA () CASA ALUGADA
() CASA CEDIDA () OUTROS

IV SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS DE SAÚDE?

SIM () NÃO ()



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto de 2017

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



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto de 2017

- NUNCA TRABALHOU
- TRABALHO AUTÔNOMO
- DESEMPREGADO
- 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
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto de 2017

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 agosto de 2017.

Assinatura do aluno

Assinatura dos pais ou responsável



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto de 2017

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
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto 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 para os devidos fins, que
posso 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 agosto 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
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto 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
posso 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 agosto 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
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto 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 agosto 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
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS ESPERANÇA
DIREÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO
COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E DE APOIO AO ESTUDANTE**

EDITAL Nº 27/2017, de 25 de agosto 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 agosto 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: _____