



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
DIREÇÃO GERAL DO CAMPUS PATOS**

**EDITAL N.º 07/2019 - PROGRAMA DE  
ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - SELEÇÃO PARA  
O PROGRAMA DE ATENÇÃO E PROMOÇÃO À  
SAÚDE - AQUISIÇÃO DE ÓCULOS DE GRAU**

O Diretor Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Campus - Patos, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, através da COPAE/Serviço Social, torna público o edital de seleção para o Programa de Atenção e Promoção à Saúde, na modalidade aquisição de óculos de grau, conforme dispõe o Plano Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, de acordo com as disposições deste Edital.

## **1. DOS OBJETIVOS**

1.1 A Política de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Paraíba, em consonância com o Estatuto e Regimento Geral do IFPB, dar-se á mediante o estabelecimento de um conjunto de princípios e diretrizes estratégicas, materializadas através de programas que visam assegurar ao educando o acesso, a permanência e a conclusão do curso.

1.2 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 a Política de Assistência Estudantil aprovada pelo Conselho Superior do IFPB, Resolução n° 12/2011, convalidada pela Resolução n° 40/2011, bem como pela Política de Assistência Estudantil (PAE), que deu-se através da resolução “ad referendum” n° 25 de 21 de junho de 2018, atender-se-á pelo presente edital o Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, cujos objetivos são:

- I – fomentar o protagonismo estudantil na prevenção de doenças e promoção da saúde;
- II – incentivar a cultura de paz, prevenindo as diferentes expressões de violência;
- III – orientar sobre os riscos do uso de álcool e outras drogas;
- IV – abordar questões relativas à sexualidade e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST/AIDS);
- V – realizar atividades voltadas à promoção da saúde, por meio de ações multidisciplinares;
- VI – diagnosticar e acompanhar, por meio de pesquisa, as condições de saúde dos estudantes;
- VII – custear e/ou ofertar, verificada a possibilidade orçamentária, a realização de exames médicos e a aquisição de órteses e próteses cuja necessidade esteja diretamente associada à qualidade do aprendizado do aluno;
- VIII – estimular a prática de exercícios físicos e manifestações culturais como fatores indispensáveis na perspectiva do fortalecimento da autoestima e da ressignificação de

valores e atitudes socioculturais e pessoais;

IX – prover a articulação entre o IFPB e as unidades públicas de saúde com vista à atenção integral do estudante;

1.3 São condições/critérios para acesso ao programa nesta modalidade:

I – Apresentar necessidades específicas prescritas pelo profissional competente (Oftalmologista).

II – Estar matriculado em curso presencial e frequentando regularmente o curso no IFPB Campus Patos.

## **2. DO BENEFÍCIO**

2.1 Entende-se por Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, na modalidade para aquisição de óculos de grau, a cobertura total das despesas dos discentes com aquisição de óculos de grau, por empresa contratada pelo IFPB, mediante licitação prévia para esse fim.

2.2 A concessão da aquisição de óculos será realizada nas formas e condições estabelecidas neste edital.

2.3 O benefício consistirá em um óculos de grau (armação e lentes) a partir das necessidades específicas prescritas pelo profissional competente, que será escolhido pelo/a beneficiário/a nas dependências do campus.

## **3. DOS BENEFICIÁRIOS**

3.1 Considerando que o déficit visual pode provocar atrasos e comprometimento do desenvolvimento acadêmico;

3.2 Considerando a dificuldade visual de muitos/as discentes;

3.3 Considerando todos os pontos acima citados serão atendidos, prioritariamente, os estudantes que apresentem maior necessidade específica prescrita pelo profissional competente (Oftalmologista).

3.4 Os discentes precisam estar regularmente matriculados em cursos presenciais do IFPB - Campus Patos.

## **4. DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO**

4.1 O interessado deverá solicitar o benefício no setor de protocolo do Campus Patos em formulário próprio deste setor, dirigido a Coordenação Pedagógica e de Apoio ao Estudante – COPAE.

4.2 A solicitação deverá conter os seguintes documentos:

I - Formulário de solicitação específico (anexo I), preenchido e assinado pelo discente ou responsável legal, caso seja menor de idade;

II - Cópia do exame/receita médica;

4.3 A solicitação só será avaliada se for apresentada documentação completa.

4.4 A solicitação do benefício poderá ser realizada do dia 19 de agosto ao dia 02 de

setembro/2019

## 5. DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

5.1 Os critérios de avaliação serão:

I - Necessidades específicas prescritas pelo profissional competente (Oftalmologista).

II – Ordem de entrega, limitada ao quantitativo de óculos por modalidade de ensino.

III – Caso seja excedido o número de vagas, os/as discentes participantes dos programas da assistência estudantil (alimentação, transporte e moradia) terão prioridade máxima.

5.2 O quantitativo de óculos disponibilizado neste edital é o estabelecido de acordo com o apresentado no Quadro 1.

**Quadro I - Quantitativo de óculos**

Modalidade de ensino	Nº DE VAGAS/AMPLA CONCORRÊNCIA	Nº DE VAGAS DESTINADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
INTEGRADO	50	2
SUBSEQUENTE	50	2
SUPERIOR	50	2
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>6</b>

5.3 Para concorrer como pessoa com deficiência, o estudante precisará entregar laudo médico, que deverá especificar o tipo de deficiência, com o código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID). Caso não apresente o referido documento, o discente será automaticamente desclassificado.

## 6. DAS ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

I – Recebimento da inscrição pela COPAE, via Protocolo;

II – Análise documental (COPAE)

III - Seleção a partir da documentação apresentada com base no item 5.2 e 6.1 deste edital

## 7. CRONOGRAMA

7.1. As etapas referentes ao disposto neste edital estão especificadas no quadro II, a seguir:

**Quadro II – das etapas**

<b>Atividade</b>	<b>Data/Período</b>	<b>Local</b>
<b>Publicação do Edital</b>	16/08/2019	<a href="http://www.ifpb.edu.br/patos/">www.ifpb.edu.br/patos/</a> editais
<b>Período de inscrições</b>	19/08/2019 à 02/09/2019	Protocolo do campus
<b>Análise documental</b>	03/09/2019 à 10/09/2019	COPAE
<b>Resultado Parcial</b>	11/09/2019	<a href="http://www.ifpb.edu.br/patos/">www.ifpb.edu.br/patos</a>
<b>Prazo para recursos</b>	12/09/2019	Protocolo do campus
<b>Análise dos recursos</b>	13/09/2019	-
<b>Resultado final</b>	16/09/2019	<a href="http://www.ifpb.edu.br/patos/">www.ifpb.edu.br/patos</a>

## **8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

8.1 O/A candidato/a deverá conhecer as instruções estabelecidas neste Edital para participar do processo.

8.2 Os prazos e horários citados neste Edital deverão ser observados com atenção e a perda de qualquer um deles sem justificativa legal implica na perda do respectivo direito.

8.3 Após o resultado final será divulgada a data que a empresa prestará o serviço, que consiste em: visita ao campus, exposição de mostruário com os modelos disponíveis e entrega dos óculos prontos em data estabelecida.

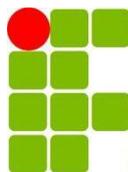
8.3 Os casos omissos serão avaliados e resolvidos pela Coordenação Pedagógica e de Apoio ao Estudante – COPAE do IFPB, Campus Patos, observada a legislação vigente.

8.4 A inscrição a este pleito implica a aceitação tácita às normas e procedimentos estabelecidos por este Edital.

8.5 O presente Edital será publicado no site <http://www.ifpb.edu.br/patos>

**Patos - PB, 16 de agosto de 2019.**

José Ronaldo de Lima  
Diretor Geral



## ANEXO I

### EDITAL 06/2019/DG-PT FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

#### DADOS PESSOAIS:

NOME:	_____						
NOME SOCIAL:	_____						
DATA DE NASCIMENTO:	____/____/____	IDADE:	_____				
CURSO:	_____	MATRÍCULA:	_____				
SÉRIE (Integrado):	_____	PERÍODO (Técnico subsequente):	_____	PERÍODO (Superior):	_____		
TURNO:	_____	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL:	_____		
CPF:	_____	IDENTIDADE/ ORG.EXP:	_____				
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.):	_____						
Nº:	_____	APARTAMENTO:	_____	BAIRRO:	_____	CEP:	_____
CIDADE:	_____	ESTADO:	_____				
TELEFONE PARA CONTATO (residencial):	_____	CELULAR:	_____				
EMAIL:	_____						
<b>SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:</b>							
ENDEREÇO RESIDENCIAL DA FAMÍLIA (Rua/Avenida, etc.):	_____						
Nº	_____	APARTAMENTO:	_____	BAIRRO:	_____	CEP:	_____
CIDADE:	_____	ESTADO:	_____				

#### MORADIA DO/A ALUNO/A:

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

#### SITUAÇÃO DE MORADIA:

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

**SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO OU DO/A RESPONSÁVEL, SE MENOR DE 18 ANOS:**

<input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO (CLT)	<input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DESEMPREGO
<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU
<input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> AFASTADO
<input type="checkbox"/> SERVIDOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/> OUTROS _____

**COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR** - o(a) aluno(a), os pais, os irmãos(as), esposo (a), filhos(as), sogro(a), tio(a), agregados – **todas as pessoas que residem com a família.**

NOME	IDADE	PARENTESCO (com o(a) discente)	GRAU DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA R\$
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR</b>					
<b>TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA</b>					

VOCÊ JÁ É USUÁRIO DE ÓCULOS?

NÃO  SIM. Quantos Graus? \_\_\_\_\_

VOCÊ JÁ É CONTEMPLADO COM ALGUM TIPO DE AUXÍLIO DO IFPB - CAMPUS PATOS?

NÃO  SIM. Qual? \_\_\_\_\_

Descreva de que modo a sua dificuldade visual interfere nas atividades escolares ou aprendizado.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Patos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do/a discente ou responsável