



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS PICUÍ

PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

EDITAL Nº 01/2018

A Diretoria de Desenvolvimento do Ensino do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, *Campus Picuí*, de acordo com as disposições da legislação em vigor, **FAZ SABER**, através deste Edital, que estão abertas as inscrições para o **I Processo Seletivo 2018 para o Programa de Transporte Estudantil** para os cursos regulares da modalidade de Ensino a Distância.

1. DO OBJETIVO

1.1 O presente Edital destina-se a identificar e selecionar estudantes regularmente matriculados em cursos de educação a distância, em situação de vulnerabilidade socioeconômica, visando a oferta de auxílio transporte, em conformidade com os Programas da Assistência Estudantil do IFPB, ampliando as condições de permanência do estudante durante o tempo regular do seu curso.

2. DO PROGRAMA E BENEFICIÁRIOS

2.1 O Programa Transporte Estudantil do IFPB tem por finalidade assegurar aos estudantes condições de deslocamento de sua residência ao Instituto para desenvolver suas atividades acadêmicas, conforme disposto no Decreto Nº 7.234, de 19 de julho de 2010 – PNAES, no Regimento Geral do Instituto em seu art. 247 e de acordo com a Política de Assistência Estudantil aprovada pelo Conselho Superior do Instituto através da Resolução Nº 12/2011.

2.2 O Programa tem seus requisitos para atendimento ao estudante:

2.2.1 Programa Transporte Estudantil:

- a) o estudante deve ter renda familiar *per capita* não excedente a 1,5 (um e meio) salário mínimo nacional, conforme art. 5º do Decreto Nº. 7.234/2010;
- b) residir em localidades/bairros/comunidades considerados(as) distantes do *campus*, bem como em municípios circunvizinhos;
- c) apresentar toda a documentação exigida no Edital que disciplina o processo seletivo do Programa.

3. DO PÚBLICO-ALVO

3.1 O presente Edital é destinado aos estudantes que estejam regularmente matriculados nos cursos na modalidade de ensino a distância do IFPB *Campus* Picuí e que cumpram os requisitos e critérios de análise estabelecidos neste Edital.

4. DO PROCESSO SELETIVO

4.1 O presente Processo Seletivo tem como objetivo atender a um dos princípios da LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – relacionado ao acesso e à permanência do discente nas instituições de ensino;

4.2 Será considerada como critério primordial para a seleção a condição socioeconômica dos estudantes, caracterizada enquanto hipossuficiente;

4.3 É reservado 5% das vagas para Pessoas com Deficiência, em cumprimento ao Decreto Federal Nº 3.298/99. No caso de não ser selecionado estudante com deficiência, a(s) vaga(s) será(ão) automaticamente transferida(s) para ampla concorrência.

5. DAS VAGAS E DO VALOR

5.1 O número de estudantes a serem beneficiados nos Programas e os valores de cada benefício encontram-se especificados no quadro I e no quadro II, respectivamente, abaixo apresentados:

Quadro I – Quantitativo de benefícios.

TRANSPORTE MUNICIPAL	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL
15	15
1*	1*

*Das 15 vagas disponibilizadas, 1 vaga é destinada à Pessoa com Deficiência, em cumprimento ao Decreto Federal Nº 3.298/99.

Quadro II – Dos valores dos benefícios.

TRANSPORTE MUNICIPAL	TRANSPORTE INTERMUNICIPAL
R\$ 40,00	R\$ 60,00

6. DAS INSCRIÇÕES

6.1 As inscrições deverão ser realizadas na recepção do IFPB - *Campus* Picuí, de 15 a 19 de janeiro de 2018, das 7h30min às 21h, mediante entrega da seguinte documentação:

PARA ESTUDANTES QUE FORAM CONTEMPLADOS NO ANO DE 2016 ATRAVÉS DO EDITAL DE SELEÇÃO DOS AUXÍLIOS:

- a) Formulário socioeconômico de inscrição (ANEXO I) preenchido e assinado com foto 3x4 recente;
- b) Comprovante de renda familiar (ATUALIZADO);
- c) Comprovante de residência (ATUALIZADO);
- d) Comprovante de matrícula em curso regular da modalidade de ensino a distância do *Campus* Picuí;
- e) Xerox do cartão da conta bancária (corrente ou poupança), ou documento equivalente, do qual o estudante seja titular.

DEMAIS ESTUDANTES:

- a) Formulário socioeconômico de inscrição (ANEXO II) preenchido e assinado com foto 3x4 recente;
- b) Comprovante de renda familiar (ATUALIZADO);
- c) Comprovante de residência (ATUALIZADO);
- d) Comprovante de matrícula em curso regular na modalidade de ensino a distância do *Campus* Picuí;
- e) Fotocópia de documento de identificação e CPF do requerente;
- f) Fotocópia de documento de identificação de todo o grupo familiar;
- g) Fotocópia do CPF dos membros do grupo familiar que tenham completado 18 (dezoito) anos até a data da inscrição;
- h) Caso algum membro da família declare Imposto de Renda, trazer 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;
- i) Caso participe de algum Programa Social do Governo (por exemplo, Bolsa Família) trazer fotocópia do comprovante de recebimento do benefício (comprovante de saldo, de saque e/ou de cadastro não são considerados comprovantes de recebimento);
- j) Fotocópia dos comprovantes de remuneração mensal de todos os integrantes do grupo familiar, segundo as seguintes condições:
 - **Se assalariado:** cópia da Carteira de Trabalho com a identificação; e recibo de salário completo, olerite ou contracheque;
 - **Se desempregado:** cópia da Carteira de Trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.
 - **Se trabalhador autônomo, profissional liberal, prestador de serviços e trabalhador informal (“bicos”):** Declaração Comprobatória da Renda Familiar, informando o valor mensal da renda e a atividade exercida (ANEXO III). A declaração deverá ser assinada por

duas testemunhas que não sejam membros da família, constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou.

- **Se aposentado:** cópia do último comprovante de recebimento de benefício da Previdência (exemplo: INSS), juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.
- **Se pensionista:** cópia do último comprovante de recebimento de benefício da Previdência (exemplo: INSS), juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.
- **Se produtor 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, preencher e assinar declaração (ANEXO IV) juntamente com duas testemunhas que não sejam membros da família constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou.
- **Outros (por exemplo, comissões por vendas, auxílios de parentes e/ou amigos):** declaração assinada por quem paga as comissões ou pelo prestador de auxílio financeiro (ANEXO V) com assinatura de duas testemunhas, que não sejam componentes do mesmo grupo familiar constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou. 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 ou declaração assinada pelo responsável do pagamento (ANEXO VI), constando o valor pago. No caso de recebimento via banco, cópia do extrato acompanhado da declaração.

6.2 Durante o ato de inscrição deverá ser entregue, juntamente com os demais documentos, xerox do **cartão da conta bancária** (corrente ou poupança), ou documento equivalente, do qual o estudante seja titular.

7. CALENDÁRIO DE ATIVIDADES

ETAPA	DATA	HORÁRIO	LOCAL
Período de inscrição	15/01 a 19/01	7h30min às 21h	Recepção do <i>campus</i> (<i>manhã e tarde</i>) e Coordenação de Turno (<i>noite</i>)
Análise Documental	22/01 a 25/01	8h às 21h	Serviço Social

Divulgação do resultado preliminar	26/01	-----	Plataforma dos cursos EAD e Site do IFPB (www.ifpb.edu.br)
Recurso	29/01	8h às 17h	Protocolo (Recepção do <i>Campus</i> Picuí)
Divulgação do resultado final	31/01	-----	Site do IFPB (www.ifpb.edu.br) e Plataforma dos cursos EAD.

*Caso o Serviço Social verifique a necessidade de realizar entrevista com o candidato, fará comunicação prévia - com antecedência mínima de 48 horas - para comparecer ao *Campus* Picuí.

8. DOS CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS CANDIDATOS

8.1 A classificação e seleção dos candidatos terão como base os fatores sociais, econômicos e financeiros detectados através da análise dos indicadores socioeconômicos relacionados a seguir:

- Renda familiar.
- Número de dependentes.
- Despesas da família com moradia.
- Distância do domicílio de origem.
- Situações de doença na família.
- Situações de desagregação familiar

8.2 Os estudantes serão selecionados por ordem de classificação em número correspondente ao número de vagas disponíveis por Programa, de acordo com o quadro I do item 5.1 do presente Edital.

8.3 Para desempate serão considerados, na seguinte ordem de prioridade, os critérios de:

- a) maior número de integrantes do grupo familiar, e;
- b) menor idade do estudante.

9. DO RESULTADO FINAL

9.1 O resultado final será divulgado dia 31/01/2017, no site do IFPB e na Plataforma dos cursos EAD podendo esta data ser alterada mediante Edital de Retificação.

10. DAS CONDIÇÕES PARA PERMANÊNCIA NOS PROGRAMAS

10.1 São consideradas condições para permanência no Programa:

- a) Matrícula regular nos Cursos da Modalidade EAD do IFPB - *Campus* Picuí;
- b) Frequência regular levantada mensalmente;
- c) Situação de vulnerabilidade social;

10.2 O não cumprimento das condições elencadas no item anterior e o não atendimento das condições estabelecidas no presente Edital acarretarão perda do auxílio.

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

Obs.2: O estudante beneficiado deverá informar à Coordenação Pedagógica e de Apoio ao Estudante (COPAE) e na Coordenação de Controle Acadêmico do *Campus* a mudança de endereço ou de condição social na família durante o ano corrente.

11. DA PERDA DO DIREITO AOS PROGRAMAS

11.1 O candidato perderá o direito ao Auxílio Transporte e /ou Alimentação se:

- I. Infringir as condições de manutenção do benefício previstas no Regulamento disponível no site www.ifpb.edu.br, do respectivo Programa que é beneficiário; ou
- II. Não cumprir as normas estabelecidas neste Edital.

11.2 Desta decisão caberá recurso, devidamente fundamentado, no prazo de 5 (cinco) dias ao Diretor Geral do *Campus* Picuí.

12. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 O candidato deverá conhecer o(s) Regulamento(s) do(s) Programa(s) que irá pleitear - disponível no site www.ifpb.edu.br - e as instruções estabelecidas neste Edital para a participação no processo seletivo.

12.2 As inscrições somente serão aceitas mediante a entrega do formulário preenchido e assinado, com a respectiva documentação comprobatória, conforme definido no item 6.1 do presente Edital.


12.3 O presente Edital terá validade até o mês de junho de 2018, a partir da data de divulgação do resultado final.

12.4 O Assistente Social, sempre que houver necessidade, realizará entrevista individual, visita domiciliar ou solicitará documentos adicionais aos definidos neste Edital.

12.5 As dúvidas e/ou omissões acerca do presente Edital serão dirimidas pela Direção Geral do Campus Picuí, observada a legislação vigente.

12.6 O presente Edital será publicado no site www.ifpb.edu.br e na Plataforma dos cursos de Ensino a distância do IFPB.

Picuí, 11 de janeiro de 2018.


Hertha Cristina Carneiro Pessoa
Diretora de Desenvolvimento do Ensino

ANEXO I
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE
FICHA SOCIOECONÔMICA – CONTEMPLADOS EM 2017

AUXÍLIO TRANSPORTE MUNICIPAL ()	AUXÍLIO TRANSPORTE INTERMUNICIPAL ()
---	--

II - DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

CURSO: _____ MATRÍCULA: _____

PERÍODO: _____ SEXO: M F

ESTÁ FAZENDO TCC: NÃO () SIM ()

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____

IDENTIDADE/ ORG.EXP: _____

ESCOLA DE ORIGEM: PÚBLICA () PRIVADA ()

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.):

Nº: _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:ENDEREÇO RESIDENCIAL DA FAMÍLIA (Rua/Av. etc.):

_____ Nº _____

APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

ASSINATURA DO ESTUDANTE OU RESPONSÁVEL

ANEXO II
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Caro aluno, preencha TODO o formulário e APRESENTE A DOCUMENTAÇÃO solicitada para que não haja prejuízo na avaliação de seu pedido.

I-SERVIÇOS SOLICITADOS (Marque com um X o auxílio que necessita)

AUXÍLIO TRANSPORTE ()	AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO ()
--------------------------	---------------------------

II - DADOS PESSOAIS:

NOME: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____	
CURSO: _____ MATRÍCULA: _____	
PERÍODO: _____	TURNO: _____ SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ESTÁ FAZENDO TCC: NÃO () SIM ()	
ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____	
IDENTIDADE/ ORG.EXP: _____	
ESCOLA DE ORIGEM: PÚBLICA () PRIVADA ()	
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.): _____	
Nº: _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____	
CIDADE: _____ ESTADO: _____	
PONTO DE REFERÊNCIA: _____	
TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____	
EMAIL: _____	
NOME COMO OS PAIS SÃO CONHECIDOS (APELIDO): _____	
SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL DA FAMÍLIA (Rua/Av. etc.):	

Nº _____ APARTAMENTO: _____	BAIRRO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____	

MORADIA DO/A ALUNO/A:

<input type="checkbox"/> SOZINHO	<input type="checkbox"/> FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> PARENTES	<input type="checkbox"/> PENSÃO
<input type="checkbox"/> REPÚBLICA	

SITUAÇÃO DE MORADIA:

<input type="checkbox"/> CASA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> CASA FINANCIADA
<input type="checkbox"/> CASA ALUGADA	<input type="checkbox"/> CASA CEDIDA
<input type="checkbox"/> OUTROS	

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:

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

QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:

<input type="checkbox"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável)	<input type="checkbox"/> CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR
<input type="checkbox"/> É DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO.

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE?

 SIM NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL É O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

QUAL É O TIPO DE DOENÇA? _____

A RESIDÊNCIA DE SUA FAMÍLIA É:

<input type="checkbox"/> PRÓPRIA E QUITADA	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA EM FINANCIAMENTO
<input type="checkbox"/> ALUGADA	<input type="checkbox"/> DE HERDEIROS
<input type="checkbox"/> CEDIDA	

COM QUEM VOCÊ RESIDE NA SUA CIDADE DE ORIGEM?

<input type="checkbox"/> PAIS	<input type="checkbox"/> PAIS E IRMÃOS
<input type="checkbox"/> AVÓS	<input type="checkbox"/> IRMÃOS
<input type="checkbox"/> TIOS	<input type="checkbox"/> AMIGOS
<input type="checkbox"/> REPÚBLICA, ESPECIFIQUE O Nº DE MORADORES: _____	<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____

POSSUI GASTOS COM MORADIA? SIM () NÃO () ESPECIFIQUE:

<input type="checkbox"/> ALUGUEL. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> ÁGUA.	<input type="checkbox"/> LUZ. VALOR:

V. PARECER SOCIAL (Espaço reservado à Assistente Social)

Picuí, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da Assistente Social

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR (Trabalho Informal ou Autônomo)

Eu, _____, portador do CPF: _____ e da carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, bairro: _____, município: _____. Declaro que minha renda média mensal é de R\$ _____ referente a ganhos em trabalhos informais ou autônomos, por desenvolver atividades de _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam 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.

_____, ____ de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

2. _____

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE RENDA (Produtor Rural)

Eu, _____, portador do CPF: _____ e da carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, Município: _____, declaro para os devidos fins que possuo remuneração média mensal de R\$ _____ referentes a ganhos em produção rural, desenvolvendo atividades de _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam 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.

_____, ____ de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

2. _____

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS

Eu, _____ (*pessoa que ajuda*), inscrito no CPF sob o nº _____, portador do RG nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, no município de _____, declaro para os devidos fins, que ajudo financeiramente _____ (*nome do membro do grupo familiar que recebe 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 a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam 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.

_____, ____ de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

2. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua: _____, Nº _____, Bairro: _____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu, _____, CPF nº _____, RG _____, 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.

_____, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____
Endereço Completo: _____

Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

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