



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

---

---

**PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL**

**EDITAL 04/2017**

A Diretoria Geral do Campus Santa Rita 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**, do *Campus* Santa Rita.

**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 afinidades que residem no mesmo domicílio. Serão computados ainda aqueles rendimentos provenientes da ajuda de terceiros, parentes ou não, que impliquem acréscimos 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 nº 483, de 1º 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 Nº 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 nº 12/2011, convalidada pela Resolução nº40/2011, atenderemos pelo presente edital os programas de Alimentação e Transporte, cujos objetivos são:

2.1.1 Do Programa de Alimentação (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 do IFPB – 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 fonte de recursos 100 da ação 2994. 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 Nº 3.298/99. No caso de não ser selecionado aluno (a) com deficiência, a vaga será automaticamente transferida para ampla concorrência.

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 no quadro abaixo:

PROGRAMAS	VAGAS	TOTAL DE VAGAS	VALOR
ALIMENTAÇÃO	95 – Ampla concorrência 05 – Pessoa com deficiência Total: 100	100 Auxílios	R\$ 90,00
TRANSPORTE	95 – Ampla concorrência 05 – Pessoa com deficiência Total: 100	100 Auxílios	30 de R\$ 150,00 70 de R\$ 50,00

– Aos estudantes residentes na zona urbana do município de Santa Rita, contemplados no programa de auxílio transporte, será concedido o valor de R\$ 50,00, considerando o valor da passagem local. Todavia, aos estudantes oriundos da zona rural de Santa Rita e de outros municípios vizinhos, quando contemplados no programa de auxílio transporte, será concedido o valor de R\$ 150,00, considerando a distância e os valores diferenciados de cada município.

#### 4. DOS BENEFICIARIOS

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/Campus Santa Rita 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: **faixa 1** – até meio salário mínimo, **faixa 2** – acima de meio salário mínimo e até um salário mínimo e **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 5.1, seguindo a ordem de prioridade nela definida. Nesse caso, os candidatos inseridos nas faixas 2 e 3 serão eliminados.

5.5 Existindo menos candidatos inseridos na faixa 1 do que a quantidade de vagas disponíveis, serão avaliadas os candidatos inseridos na faixa 2, de acordo com os demais critérios elencados no item 5.1, 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 5.1, 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: necessita, 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, Direção Geral ou Coordenação pedagógica do *Campus*, no período de 13 a 17 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 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.

#### 6.2 Calendário de Atividades:

ETAPA	DATA	LOCAL
Divulgação do Edital da P.A.E.	08/02 a 10/02/2017	www.ifpb.edu.br
Período de inscrição (retirada dos formulários de inscrição) e entrega da documentação.	Santa Rita 13/02 a 17/02/2017 08h às 17h	Setor de Protocolo do <i>Campus</i> ; Direção Geral ou Coordenação Pedagógica

Entrevistas	Santa Rita	21/02 a 23/02/2017	O campus fica responsável de, no momento da inscrição, informar ao aluno, local/hora das entrevistas.
Analise Documental		02/03 e 03/03/2017	Direção Geral do <i>Campus</i>
Divulgação do resultado preliminar		07/03/2017	<a href="http://www.ifpb.edu.br/santarita">www.ifpb.edu.br/santarita</a>
Recurso		08/03/2017	Setor de Protocolo do <i>Campus</i> ; Direção Geral ou Coordenação Pedagógica.
Análises e pareceres dos recursos		09/03/2017	Direção Geral ou Coordenação Pedagógica.
Divulgação do resultado final		10/03/2017	<a href="http://www.ifpb.edu.br/santarita">www.ifpb.edu.br/santarita</a>

Reuniões de Orientação e Cadastramento**	17/03/2017	Salas de aula do Campus
--	------------	-------------------------

\*\*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.

## 7. DO PRAZO DE VALIDADE DOS AUXÍLIOS

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

## 8. DAS CONDIÇÕES PARA PERMANÊNCIA NOS PROGRAMAS

7.1 São consideradas condições para permanência no Programa:

- a) Matrícula regular;
- b) Frequência regular levantada mensalmente;
- c) Situação de vulnerabilidade social;
- d) A permanência do aluno nos Programas está condicionada à matrícula nos Cursos Regulares presenciais do IFPB, assiduidade às aulas e ao aproveitamento escolar do mesmo, comprovados através das notas bimestrais;
- e) 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.

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 respectivo *Campus*.

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



## **8. DO RESULTADO FINAL**

O resultado final será divulgado em 10 de março de 2017, nos Quadros de Avisos do *Campus* e/ou no site do IFPB/Campus Santa Rita, podendo esta data ser alterada mediante Edital de Retificação.

8.1 Os estudantes serão selecionados por ordem de classificação correspondente ao número de vagas disponíveis por Programa, de acordo com os quadros do item 3.1 do presente Edital.

## **9. DA PERDA DO 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](http://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 COPAE/Serviço Social do *Campus*.

## **10. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

10.1 O candidato deverá conhecer o Regulamento do Programa, disponível no site [www.ifpb.edu.br](http://www.ifpb.edu.br) e as instruções estabelecidas neste Edital;

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

10.4 A documentação incompleta causará o indeferimento da inscrição;

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

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

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

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



10.9 O presente Edital será publicado no site [www.ifpb.edu.br/santarita](http://www.ifpb.edu.br/santarita).

João Pessoa, 08 de fevereiro de 2017.

*Sabiniano A. Rodrigues*

**Sabiniano Araújo Rodrigues**  
**Diretor Geral do IFPB – Campus Santa Rita**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA  
ESTUDANTIL DO IFPB – CAMPUS SANTA RITA  
INSCRIÇÃO – EDITAL Nº 04/2017  
CAMPUS SANTA RITA

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

**I – BENEFÍCIOS SOLICITADOS (Marque com um X o auxílio que necessita):**

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

**II DADOS PESSOAIS:**

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: M  F  IDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG/O.E. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nº DO CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

SÉRIE (Integrado): \_\_\_\_ MÓDULO (Subsequente): \_\_\_\_ Período (Superior): \_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_

ESCOLA DE ORIGEM \_\_\_\_\_ PÚBLICA  PRIVADA

ENDEREÇO DO ALUNO: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO (residencial): ( ) \_\_\_\_\_ (celular): ( ) \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DADOS BANCÁRIOS: BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

CONTA CORRENTE: Nº \_\_\_\_\_ CONTA POUPANÇA: Nº \_\_\_\_\_

**SE SUA FAMÍLIA RESIDE EM OUTRA CIDADE PREENCHA OS ITENS ABAIXO:**

ENDEREÇO DA FAMÍLIA: Rua \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

**MORADIA DO ALUNO(A):**

SOZINHO       FAMÍLIA       PARENTES       PENSÃO       REPÚBLICA

**SITUAÇÃO DE MORADIA:**

CASA PRÓPRIA     CASA FINANCIADA     CASA ALUGADA     CASA CEDIDA     OUTROS

**III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

**QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES 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     REPÚBLICA, ESPECIFIQUE O Nº DE MORADORES: \_\_\_\_\_

AVÓS       TIOS                       OUTROS, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

IRMÃOS     AMIGOS

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

ALUGUEL: R\$ \_\_\_\_\_     TELEFONE: R\$ \_\_\_\_\_     CONDOMÍNIO: R\$ \_\_\_\_\_

ÁGUA: R\$ \_\_\_\_\_     ENERGIA: R\$ \_\_\_\_\_     FINANCIAMENTO CASA PRÓPRIA: R\$ \_\_\_\_\_

INTERNET: R\$ \_\_\_\_\_     OUTRAS DESPESAS: R\$ \_\_\_\_\_

\*Apresentar **XEROX** dos comprovantes de **DESPESAS**.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

**ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	<input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DE DESEMPREGO
<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU
<input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA
<input type="checkbox"/> TRABALHO EMPRESA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> APOSENTADO

**QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:**

<input type="checkbox"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA ( <b>principal responsável</b> )	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO
<input type="checkbox"/> É DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 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 INSTRUÇÃO	PROFISSÃO	RENDA (R\$)
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR</b>					
<b>TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA **</b>					

\*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.

**IV – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO** (Por que você está solicitando este(s) benefício(s)?).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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.

\_\_\_\_\_ - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais ou responsável

**V – PARECER SOCIAL** (Espaço reservado à Assistente Social).

---

---

---

---

---





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

**ANEXO II – DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG Nº: \_\_\_\_\_, O.E.: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado à Rua \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.  
Declaro que a renda familiar do estudante é de R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) mensais, 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.

Santa Rita- PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Testemunha 01**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

**Testemunha 02**

**Assinatura**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE RENDA PRODUTOR RURAL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG Nº: \_\_\_\_\_, O.E.: \_\_\_\_\_ 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 a ganhos  
obtidos em produção rural, desenvolvendo atividades de  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Declaro ainda, que o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações, 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.

\_\_\_\_\_, Santa Rita- PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Testemunha 01**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

**Assinatura**

**Testemunha 02**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  
CAMPUS SANTA RITA

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(pessoa que paga a comissão/ajuda financeiramente), RG Nº: \_\_\_\_\_,  
O.E.: \_\_\_\_\_ 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 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.

Santa Rita - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**Testemunha 01**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

**Testemunha 02**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ O.E. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Endereço: Rua \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
UF \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_



**ANEXO V**

**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 2017.

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_