



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO I

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DA SITUAÇÃO DE EMPREGO E RENDA FORMAL

OBSERVAÇÃO: Deverão ser apresentados documentos comprobatórios da situação de emprego e renda para todos os residentes no domicílio com idade igual ou superior a 18 anos que possuem renda (inclusive os documentos comprobatórios da situação de renda do próprio estudante). Verificar em qual das situações abaixo o requerente e o(s) membro(s) da família se enquadra(m).

1. PESSOAS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO (CARTEIRA ASSINADA/SERVIDOR PÚBLICO):

- Contra cheque atualizado, com validade de 03(três) meses contados a partir da data de publicação deste edital, OU
- Carteira de Trabalho e Previdência Social, registrada e atualizada (obrigatória a apresentação das seguintes páginas: identificação civil, último contrato de trabalho e a página posterior, atualização salarial);
- Extrato atualizado da conta vinculada do trabalhador no FGTS; e
- Extratos bancários com validade de até 03 (três) meses, contados a partir da data de publicação do edital de auxílios (apresentar os 03 extratos).

2. APOSENTADOS, PENSIONISTAS OU BENEFICIÁRIOS DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

- Cópia do extrato de pagamento, constando o valor integral depositado pelo INSS ou órgão equivalente, OU ainda, Extrato bancário que conste o depósito do benefício atualizado, com validade de 03(três) meses contados a partir da data de publicação deste edital;
- Cópia do extrato de pagamento, com validade de 03 (três) meses contados a partir da data de publicação deste edital, constando o valor integral depositado pelo órgão ou Recibo/Extrato, no caso de pensão alimentícia;

OBSERVAÇÃO: O Comprovante atual de aposentadoria, pensão, auxílio doença pode ser obtido no site: <http://www3.dataprev.gov.br/cws/contexto/hiscre/index.html>

3.EMPRESÁRIOS E/OU COMERCIANTES COM EMPRESA LEGALIZADA:

- Cópia da Declaração do Imposto de Renda (último exercício);

ESTAGIÁRIOS REMUNERADOS:

- Cópia do contrato de estágio ou contra cheque atualizado, com validade de 03(três) meses contados a partir da data de publicação deste edital.



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO II

DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE TRABALHO E RENDA DOS MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR

Declaro para os devidos fins que não possuo vínculo formal de trabalho e minha atual condição de trabalho e renda é a seguinte:

MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR MAIORES DE 18 ANOS (inclusive o/a estudante)						
Nome Completo	Idade	Grau de parentesco em relação ao estudante	Situação profissional 1. Estudante 2. Nunca trabalhou 3. Desempregado 4. Trabalho sem vínculo formal	Caso exerça algum trabalho sem vínculo formal, informar qual.	Renda (R\$)	Assinaturas

Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

_____/_____/_____
(Local e Data)

Assinatura do/a estudante ou responsável
(quando o estudante for menor de idade)



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO DISCENTE MENOR DE 18 ANOS

Eu, _____ declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelas informações prestadas por _____, estudante do Curso

_____ Matrícula N° _____, CPF N° _____

Declaro, ainda, estar ciente de que a inveracidade das informações, ora expressas, implicará prejuízos consoante no Regulamento de Auxílios Estudantis do IFCE, vigente no momento.

_____, ____/____/____

(Local e Data)

Assinatura do/a declarante
(conforme documento de identificação)



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Eu, _____, responsável pelo(a) estudante _____, declaro para os devidos fins que, recebo pensão alimentícia pelo(s) menor(es) identificados(as) abaixo:

	NOME	
	TOTAL:	

_____, _____ de _____ de 2024.
(cidade) (dia) (mês)

Assinatura do/a declarante (conforme documento de identificação)
CPF:



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO V - MODELO DE ORÇAMENTO PARA ÓTICAS

(para aquisição de óculos e/ou lentes corretivas)

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____ E-mail () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

(Local e data)

Assinatura Gerente/ Funcionário