



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

## **NOTA INFORMATIVA Nº 01/2020 PARA O AUXÍLIO ÓCULOS**

### **1 Do objetivo**

O Auxílio óculos está vinculado à Política de Assistência Estudantil do IFCE que visa ampliar as condições de permanência e apoio à formação acadêmica dos discentes regularmente matriculados nos cursos técnicos e superiores do IFCE *campus* Baturité, na perspectiva de viabilizar a igualdade de oportunidades, contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico e prevenir situações de retenção e evasão decorrentes de vulnerabilidade social.

### **2 Da Natureza**

O Auxílio Óculos tem como finalidade subsidiar despesas para aquisição de óculos e/ou lentes para corrigir distorções ópticas, respeitando-se a periodicidade mínima de 01 (um) ano para nova solicitação.

### **3 Valor do Auxílio Óculos**

De acordo com a tabela de valores de auxílios estudantis elaborada anualmente pela Diretoria de Assuntos Estudantis (DAE/Reitoria), o valor máximo do auxílio óculos é de até R\$ 576,26.

### **4 Da inscrição**

4.1 Para os/as estudantes realizarem o primeiro acesso no SisAE, sugerimos consultar o **Manual do Aluno**, no seguinte link: <http://manuais.ifce.edu.br/guides/sisae/#a-conheca-o-sisae>;

4.2 A inscrição deverá ser realizada pelo/a estudante no Sistema de Assistência Estudantil - SisAE (<https://sisae.ifce.edu.br/>), **no período de 10/11 a 10/12/2020**, preenchendo todas as etapas indicadas no sistema e anexando as documentações solicitadas.

4.3 As informações prestadas e a documentação apresentada são de responsabilidade do/a declarante, na forma da Lei;



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

## 5 Da Documentação

### 5.1 A documentação **GERAL** para solicitar o auxílio Óculos é a seguinte:

- a) Comprovação da renda da família (de todos/as os membros que exercem atividade remunerada e também dos que não exercem, com idade maior de 18 anos);
- b) Comprovante de endereço;
- c) Comprovante de recebimento do Benefício Bolsa Família (caso a família seja beneficiada);
- d) No caso de estudantes menores de idade, o Termo de Responsabilidade pelas informações prestadas pelo/a estudante menor de idade.

5.2 É necessária a comprovação da renda mensal familiar **de todos os membros da família que trabalham formalmente** (com vínculo empregatício, ou seja, com direitos trabalhistas assegurados em contrato de trabalho), **Anexo I**;

5.3 Na situação em que o/a estudante e/ou os membros de sua família não tenham renda formal (no caso de trabalhadores avulsos, autônomos, agricultores etc), deve-se apresentar a **declaração de renda informal com data atualizada e assinada, Anexo III**;

5.4 Na situação em que o/a estudante e/ou membros da família, **maiores de 18 anos**, não possuem renda (exemplificando desempregados, estudantes, donas de casa), é **obrigatório** preencher e anexar a **declaração de que não possui renda de cada membro da família que não trabalha, Anexo IV**;

5.5 Comprovante de residência pode ser conta de água ou energia com validade de até três meses da data da oferta do auxílio no SISAE;

5.6 **Extrato nominal do recebimento do Programa Bolsa Família**, constando nome do/a beneficiários, número do NIS, valor recebido e data, somente para família beneficiária, com validade de até 03 (três) meses, contados a partir da data de publicação do edital de auxílios, **Anexo V**;

5.7 No caso de discentes **menores de idade**, a declaração de responsabilidade pelas informações prestadas pelo discente menor de idade deve ser assinada



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

pelo responsável legal (pai, mãe ou responsável legal), Anexo VI.

## **6 Da Documentação Específica para o Auxílio Óculos**

6.1. Prescrição médico-oftalmológica, com validade de até 6 (seis) meses contados a partir da data da solicitação;

6.2. Deverão anexar 03 (três) orçamentos, emitidos por óticas distintas, constando CNPJ, dos quais prevalecerá o de menor preço, conforme Anexo VII;

## **7 Das Disposições Gerais**

7.1 De acordo com o Regulamento de Concessão de Auxílios Estudantis, Resolução n °14, de fevereiro de 2019, Art. 12, paragrafo 1º, diz que os auxílios óculos não poderão ser concedidos em caráter de ressarcimento, devendo a data da compra ser posterior à data de concessão do auxílio;

7.2 O (a) discente que tiver sua solicitação concedida deverá comprovar a aquisição dos óculos/lentes, por meio de nota ou cupom fiscal, no prazo de até 90 dias, a contar da data de fechamento da folha de pagamento e esta prestação de contas deverá ser realizada pelo próprio beneficiário, que anexará os comprovantes no SISAE.

7.3 O auxílio será pago por meio de transferência eletrônica em conta bancária em nome do beneficiário;

7.4 **A conta bancária deverá estar no nome do estudante**, não se admitindo o pagamento de auxílio por meio de contas de outras pessoas ou conta conjunta. Caso o aluno não tenha conta corrente no seu nome, orientamos que **realize a abertura da mesma após a divulgação do resultado da seleção no SISAE e informe os dados bancários no referido sistema;**

7.5 Tanto as declarações de renda como as declarações de que não possui renda devem ser anexadas no mesmo campo no SISAE **“Comprovante de Renda”**;

7.5.1 Cada campo da documentação no SISAE **aceita mais de um documento**. Ao anexar um documento, clica-se no botão enviar e, em seguida, pode anexar outro documento e realizar o mesmo procedimento;



## MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

7.6. Os valores recebidos por meio do Programa Bolsa Família não são considerados para o cálculo da renda familiar. Portanto, o extrato de recebimento do Bolsa Família não é comprovante de renda e não exclui a necessidade de apresentar os documentos listados no item 5 desta nota.

7.7 Toda a documentação relativa ao auxílio óculos deve ser anexada no próprio SIsAE, em formato PDF (tem aplicativos que podem ser baixados no celular) ou JPEG (imagem/fotografia do próprio celular);

7.8 O sistema não salva caracterização sociofamiliar incompleta. Então, orientamos que o/a aluno/a faça uma vista geral em todas as informações que serão preenchidas e só comece o preenchimento se estiver com os dados em mãos e com tempo disponível para concluir toda a inscrição, inclusive com a documentação pronta para anexar no sistema;

7.9 No preenchimento da caracterização sociofamiliar, os membros da família são cadastrados clicando-se no botão *Adicionar* e, ao finalizar o preenchimento das informações de cada membro, clica-se em *salvar*;

7.10 Para cadastrar os dados dos membros da família, o/a aluno precisa saber das seguintes informações: nome completo, data de nascimento, escolaridade, profissão, situação profissional, renda e informações de saúde;

7.11 Ao finalizar o preenchimento da caracterização sociofamiliar, o/a aluno/a deve clicar no ícone salvar e, em seguida, anexar toda a documentação necessária;

Baturité-Ce, 09 de Novembro de 2020.

Grazianne Sousa Rodrigues  
Assistente Social - CRESS 3997  
IFCE Campus Baturité



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE RENDA FORMAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que possuo trabalho formal, com vínculo empregatício, exercendo a função de \_\_\_\_\_, auferindo renda mensal no valor de R\$ \_\_\_\_\_, mas devido ao isolamento social por causa da pandemia do COVID-19 não tenho como apresentar os demais comprovantes.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Obs.: *Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de renda.*



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RENDA PARA APOSENTADO, PENSIONISTA OU BENEFICIÁRIOS  
DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG  
nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que sou  
aposentado/pensionista/beneficiário do BPC, auferindo renda mensal no valor de  
R\$ \_\_\_\_\_, mas devido ao isolamento social por causa da pandemia do  
COVID-19 não tenho com apresentar os comprovantes emitidos pelas instituições bancárias ou  
pelo INSS.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

*Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de renda.*



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RENDA INFORMAL

Eu, \_\_\_\_\_, portadordo RG  
nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que exerço a  
atividade de \_\_\_\_\_, auferindo renda mensal aproximadamente  
no valor de R\$ \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Obs.: *Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de renda.*



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI RENDA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, residente no endereço  
\_\_\_\_\_, cidade  
\_\_\_\_\_, declaro que não exerço atividade remunerada e não possuo outra fonte de  
renda atualmente.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, o cancelamento do auxílio, ficando o declarante sujeito à sanção de desligamento automático do mesmo.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO V

DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG  
nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
NIS \_\_\_\_\_, declaro que sou beneficiário do Programa Bolsa Família  
e recebo o valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_, mas devido ao isolamento  
social por causa da pandemia do COVID-19 não tenho como  
apresentar comprovantes emitidos pela entidade legalmente constituída demais.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO VI

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

Declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelas informações prestadas por \_\_\_\_\_, e  
estudante do Curso \_\_\_\_\_, matrícula  
Nº \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_.

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 Responsável

CPF \_\_\_\_\_



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ  
CAMPUS BATURITÉ

ANEXO VII

**MODELO DE ORÇAMENTO PARA AS ÓTICAS**

Razão social da empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura Gerente/  
Funcionário Carimbo da loja