



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

NOTA INFORMATIVA PARA SOLICITAÇÃO DO AUXÍLIO ÓCULOS

ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE RENDA FORMAL

Obs: Uso exclusivo na impossibilidade de apresentar o comprovante formal (Ex: contracheque)

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 do(a) Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE RENDA PARA APOSENTADO, PENSIONISTA OU BENEFICIÁRIOS DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)
(Obs: Uso exclusivo na impossibilidade de apresentar o comprovante formal)

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 do(a) Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RENDA INFORMAL

(Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de renda formal)

Eu, _____, portador do 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 do(a) Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI RENDA

Eu, _____
, CPF _____, RG _____, residente no
endereço

_cidade_____, declaro que não exerço atividade remunerada e não
posuo 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 do(a) Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO V

DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

(Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação formal)

Eu, _____
, portador do RG n° _____, CPF
n° _____ 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 COVID19 não tenho como apresentar comprovantes
emitidos pela entidade legalmente instituída demais.

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

_____, ____/____/____
(Local e Data)

Assinatura do(a) Declarante



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

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 _____, 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 Responsável
CPF do Responsável _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ

ANEXO VII

MODELO DE ORÇAMENTO PARA AS ÓTICAS

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____ FAX () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR

(Local e data)

Assinatura Gerente/ Funcionário

Carimbo da loja