

**INSTITUTO FEDERAL**  
Ceará

Campus  
Boa Viagem



## 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 da COVID-19 não tenho como apresentar os demais comprovantes.

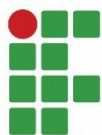
**Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

***Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de documentos comprobatórios solicitados no Edital.***

***Obs².: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos documentos enviado no SISAE, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.***



**INSTITUTO FEDERAL**  
Ceará

Campus  
Boa Viagem



## ANEXO II

### **DECLARAÇÃO DE RENDA PARA APOSENTADO(A), PENSIONISTA OU BENEFICIÁRIOS(AS) 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.

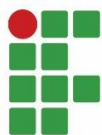
**Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

***Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de documentos comprobatórios  
solicitados no Edital***

***Obs<sup>2</sup>.: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos  
documentos enviado no SISAE, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.***



**INSTITUTO FEDERAL**  
Ceará

Campus  
Boa Viagem



### ANEXO III

#### DECLARAÇÃO DE RENDA INFORMAL

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

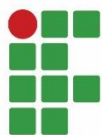
**Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

***Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de documentos comprobatórios solicitados no Edital***

***Obs².: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos documentos enviado no SISA, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.***



#### ANEXO IV

#### DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI RENDA DE EMPREGO FORMAL OU INFORMAL

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_,  
cidade de \_\_\_\_\_, declaro que não exerço atividade remunerada e não  
posso 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.**

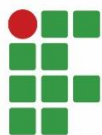
**Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_

Assinatura

***Obs.: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos documentos enviado no SISA, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.***



**INSTITUTO FEDERAL**  
Ceará

Campus  
Boa Viagem



## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (A) DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

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

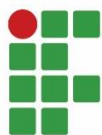
**Declaro, para os devidos fins, que as informações aqui prestadas são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Obs.: Uso exclusivo, na impossibilidade de comprovação de documentos comprobatórios  
do Bolsa Família (EXTRATO BANCÁRIO)**

**Obs<sup>2</sup>.: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos  
documentos enviado no SISAE, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.**



**INSTITUTO FEDERAL**  
Ceará

Campus  
Boa Viagem



## 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 nº \_\_\_\_\_  
CPF nº (do estudante) \_\_\_\_\_.

**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.**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Cidade) (data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal

CPF (do responsável legal): \_\_\_\_\_

**Obs<sup>2</sup>.: Na falta de assinatura, por motivo de pessoa não alfabetizada, solicita-se incluir nos documentos enviado no SISAE, cópia do RG(frente e verso) da pessoa que não assina.**