



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO II

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.

_____, _____ de _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do(a) declarante



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO VII

DECLARAÇÃO BENEFICIÁRIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Obs.: Quando o/a titular não estiver trabalhando, deverá ser encaminhado também uma Declaração de que não possui renda (anexo VI), uma vez que o presente documento não é válido como documento de renda.

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 COVID19 não tenho com apresentar comprovantes emitidos pela entidade legalmente
instituída.

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

_____, _____ de _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do(a) declarante



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO III

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.

_____, _____ de _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do(a) declarante



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO V

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.

_____, _____ de _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do(a) declarante



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO(A) DISCENTE MENOR DE IDADE

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

matrícula _____,
CPF _____.

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 _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do (a) responsável legal
CPF do (a) responsável: _____



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO VI

DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI RENDA

Obs: Documento obrigatório para todos os integrantes da família, maiores de 18 anos, que não estejam trabalhando.

Eu, _____, portador
do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que não
exerço atividade remunerada nem disponho de 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 _____ de 20_____
(Local e data)

Assinatura do(a) declarante



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
Av. Dr. Guarani, nº 317 - Bairro Derby Clube - CEP 62040-730 - Sobral - CE - www.ifce.edu.br

ANEXO

ANEXO IX

MODELO DE ORÇAMENTO PARA AS ÓTICAS

Obs: São necessários 03 orçamentos de óticas distintas.

Razão social da empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone () _____

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR

(Local e data)

Assinatura Gerente/ Funcionário e Carimbo da loja

23257.000886/2021-18

2691973v3