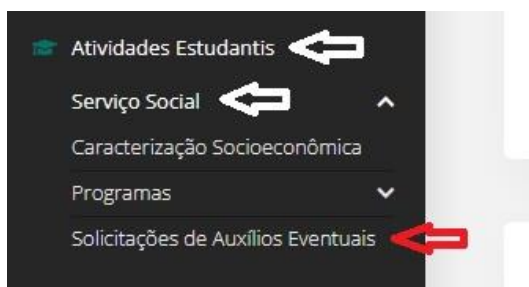
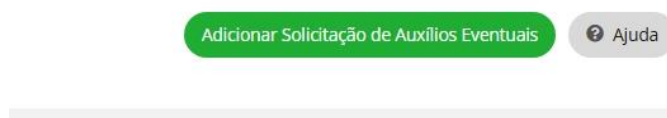


AUXÍLIOS EVENTUAIS E ESPECIALIZADOS

1º Passo: Na página inicial do SUAP, do lado esquerdo, clique em “**Atividades Estudantis**”, depois em “**Serviço Social**”, e em seguida em “**Solicitações de Auxílios Eventuais**”;



2º Passo: Ao ser redirecionado para uma nova página, clique em “**Adicionar Solicitação de Auxílios Eventuais**” na parte superior a direita;



3º Passo: Escolha o “**Tipo de Auxílio**” (por exemplo: consultas médicas) justifique o “**Motivo da Solicitação**”, anexe os comprovantes (documentos comprobatórios) em “**Escolher Arquivo**” e finalize clicando em “**Salvar**”.

Adicionar Solicitação de Auxílios Eventuais

* Tipo do Auxílio:	<input type="text" value="Escolha uma opção"/>
* Motivo da Solicitação:	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>0 caracteres informados.</p>
Comprovantes:	<input type="button" value="Escolher Arquivo"/> Nenhum arquivo escolhido
<small>Tamanho máximo permitido: 10,0 MB. Adicione um arquivo ZIP com os comprovantes de renda dos integrantes familiares. Auxílios para exames, m</small>	
<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Salvar e adicionar outro(a)"/>	

Consultas Médicas – Comprovantes obrigatórios (documentos comprobatórios)

As demandas de atenção à saúde somente serão concedidas em situações pontuais, em caráter de urgência e diante da impossibilidade de atendimento da demanda pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pela rede assistencial, sendo necessária avaliação da equipe de saúde do *campus*.

* Tipo do Auxílio:

* Motivo da Solicitação:

0 caracteres informados.

Comprovantes: Nenhum arquivo e

Tamanho máximo permitido: 10,0 MB.
Adicione um arquivo ZIP com os comprovar

- Selecione “**Consultas Médicas**”;
- Preencha o motivo da solicitação (**obrigatório**);
- Anexe a documentação a seguir em “Comprovantes” (**deverá ser um único arquivo em PDF**);
 1. Documento oficial com foto - frente e verso (obrigatório);
 2. Documento que comprove a renda familiar (obrigatório);
 - 2.1 Se a família possuir cadastro no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (cadúnico) apresentar:
 - Comprovante de cadastro do cadúnico, como especificado no modelo abaixo:


Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único

Comprovante de cadastro
Sua família está cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal!

Dados da família				
Código familiar	Data de cadastro	Última atualização	Limite para atualização	
██████████	██████████	██████████	██████████	
Cadastro atualizado	Faixa de renda familiar total	Faixa de renda familiar por pessoa (per capita)		
SM	Até meio salário mínimo	Até R\$ 225,00		
Município de cadastramento				
SARANDI/PR				
Endereço				
██				
Integrantes da família				
Nome	Data de nascimento	NIS, PIS ou PASEP	Estado cadastral	Parentesco com o RF
██████████	██████████	██████████	Cadastrado	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF
██████████	██████████	██████████	Cadastrado	Filho(a)
██████████	██████████	██████████	Cadastrado	Filho(a)

Autenticidade
A autenticidade poderá ser confirmada informando a **chave de segurança** no site do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
<https://cadunico.dataprev.gov.br/#/validacao-comprovante>

Chave de segurança
██

Consulta realizada em 21/03/2025 às 10:19:53




2.2 Se a família **não** possuir cadastro no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (cadúnico) deverá apresentar comprovação de renda de todos os que residem com o(a) estudante.

Para aqueles com idade igual ou maior de 18 anos (incluindo o estudante) que estiverem trabalhando e/ou possuir renda anexar um dos seguintes documentos:

- Último contracheque;
- Carteira de trabalho (CTPS) constando a página onde conste o valor atualizado do salário (quando houver);
- Extrato do último pagamento do Benefício ou Aposentadoria (quando houver);
- Declaração de Atividade Informal/Autônomo (quando houver).

Para aqueles com idade igual ou maior de 18 anos (incluindo o estudante) que **não** estiverem trabalhando e/ou **não** possuir renda anexar um dos seguintes documentos:

- Declaração de que não possui renda;
- Carteira de trabalho (CTPS) constando a página do contrato de trabalho com a última demissão e a próxima folha em branco;
- Caso esteja recebendo **seguro desemprego** apresentar comprovante do INSS constando o recebimento das parcelas;

3. Cotações de preços – (obrigatório)

Apresentar, no ato da solicitação do auxílio, cotações de preços com, no mínimo, (03) três orçamentos contendo o nome e CNPJ das empresas, preço unitário, carimbo e assinatura, conforme modelo (anexo I);

- O referido modelo pode ser retirado no setor da Assistência Estudantil ou impresso conforme anexo I.

4. Avaliação da equipe médica de saúde do campus – (obrigatório)

Apresentar, no ato da solicitação do auxílio, avaliação da equipe de saúde do *campus*.

Observação 1: O valor previsto para o custeio de consultas médicas é de até 60% do salário mínimo vigente e não necessariamente cobrirá o valor total dos gastos, sendo o pagamento do valor excedente de inteira responsabilidade do estudante e/ou dos seus familiares/responsáveis.

Observação 2: Em se tratando de consultas médicas, apenas serão considerados orçamentos de empresas/profissionais devidamente habilitados na especialidade requerida e licenciados pelos órgãos sanitários.

Observações gerais: Por se tratar de auxílio que envolve repasse de recurso financeiro, após o deferimento da solicitação, o/a estudante deverá:

1 – Assinar Termo de Aceitação do valor concedido (estudantes com menos de 18 anos dever ter o documento assinado pelo(a) responsável);

2 – Assinar Termo de Recebimento do valor recebido (estudantes com menos de 18 anos dever ter o documento assinado pelo(a) responsável);

3 – Prestar contas do recurso recebido por meio da apresentação de nota fiscal no prazo de até 30 dias, sob pena de ficar impedido de receber qualquer outro auxílio ou bolsa institucional.

Orçamentos

Nome do(a) estudante: _____ Matrícula: _____

OÇARMENTO 1	NOME/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA/OTÍCA/FARMÁCIA	CNPJ	Preço Unitário	Carimbo e assinatura
OBSERVAÇÕES				
OÇARMENTO 2	NOME/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA/OTÍCA/FARMÁCIA	CNPJ	Preço Unitário	Carimbo e assinatura
OBSERVAÇÕES				
OÇARMENTO 3	NOME/RAZÃO SOCIAL DA CLÍNICA/OTÍCA/FARMÁCIA		Preço Unitário	Carimbo e assinatura
OBSERVAÇÕES				

Documento Digitalizado Público

Auxílio Eventual - Consultas Médicas

Assunto: Auxílio Eventual - Consultas Médicas
Assinado por: Juliana Ribeiro
Tipo do Documento: ANEXO
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Público
Tipo do Conferência: Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

- Juliana Ribeiro da Silva de Menezes, ASSISTENTE SOCIAL, em 18/03/2026 14:24:02.

Este documento foi armazenado no SUAP em 18/03/2026. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifrn.edu.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 2524583

Código de Autenticação: aee76fc33c

