



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CAMPUS GUARAPARI**

Alameda Francisco Vieira Simões, nº 720 - Bairro Aeroporto - Guarapari – ES. CEP 29211-625  
(27) 3261-9900

**Termo de Ciência e Autorização de Pagamento dos Auxílios Estudantis**

Eu (nome do aluno) \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
Matrícula \_\_\_\_\_, Curso \_\_\_\_\_, Turma \_\_\_\_\_,  
Residente e domiciliado à (Rua/Avenida) \_\_\_\_\_,  
Nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Cidade/UF \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
Telefone \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_.

Declaro ciência do Termo de Compromisso do Discente (ANEXO III) que foi assinado por mim, e que está contido no Edital 01/2022, referente aos Programas de Atenção Primária da Política de Assistência Estudantil do campus Guarapari.

Autorizo que seja creditado na conta bancária abaixo (em nome do aluno) os valores a serem recebidos.

Banco/Assinalar o nome do banco em que possui a conta: ( ) Caixa Econômica ( ) Brasil

Operação \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Número da Conta: \_\_\_\_\_.

(Cidade) \_\_\_\_\_, (Dia) \_\_\_\_\_ de (Mês) \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do estudante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal (para estudantes menores de idade)