



CONVOCAÇÃO PARA ENTREGA DE AUXÍLIO DIGITAL SIM CARD + MODEM

A Comissão de Auxílio Digital do Departamento de Ensino Superior - DESU/INES convoca todos os alunos da Graduação presencial, Pós-Graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, docentes do Magistério Superior e intérpretes de Libras do DESU para retirada de seu CHIP + MODEM no Departamento de Ensino Superior – DESU, no período de **19 de janeiro de 2021 até 27 de janeiro de 2021**, conforme tabela com a distribuição nominal por dias e horários de recebimento do Auxílio Digital SIM CARD + MODEM, disponível nos links abaixo:

- Listagem com Dia e Horário para [Alunos da Graduação - DESU](#);
- Listagem com Dia e Horário para [Alunos da Pós Graduação - DESU](#);
- Listagem com Dia e Horário para [Alunos do Mestrado - DESU](#);
- Listagem com Dia e Horário para [Intérpretes - DESU](#);
- Listagem com Dia e Horário para [Professores – DESU](#).

Cada aluno, docente e intérprete de Libras deverá fazer seu cadastro obrigatório no formulário específico disponível no link abaixo, até **o dia 17 de janeiro de 2020**:

- Para Alunos: <https://forms.gle/n5oV2UbvRazdq3796>
- Para Docentes e Intérpretes do DESU: <https://forms.gle/6M89mMob1MRjYQeXA>

Todos os Alunos e servidores do DESU que receberão o auxílio digital, deverão seguir estritamente seu horário e dia específico, conforme documento disponibilizado para retirada do chip a fim de evitar aglomerações no local.

- **Requisitos para retirada:**
 - Os alunos deverão levar uma cópia do comprovante de Residência, CPF e RG, bem como seus originais;
 - Caso o aluno/servidor não compareça em dias e horários pré-estabelecidos para recebimento do **Auxílio Digital SIM CARD + MODEM**, sem justificativa,

fica entendido que o mesmo abre mão do recebimento deste **Auxílio, devendo aguardar uma nova convocação para recebimento.**

- Os servidores (professores e Intérpretes de Libras do DESU) deverão apresentar documento que contenha foto e Registro Geral (RG)
- Será obrigatório o uso de Máscara por todos ao entrarem na Instituição, bem como a higienização das mãos com álcool em gel, disponibilizados na entrada do INES e DESU;
- Todos deverão levar uma caneta azul ou preta para assinar o **TERMO DE RESPONSABILIDADE e COMPROMISSO** no ato do recebimento deste material;
- Não será permitida a entrada de acompanhantes no local de distribuição dos materiais;

Caso o servidor ou aluno seja grupo de risco, de acordo com a Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, a saber:

(1) com sessenta anos ou mais; (2) imunodeficientes ou com doenças preexistentes crônicas ou graves; (3) responsáveis pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, desde que haja coabitação (4) gestantes ou lactante; (5) que apresentem sinais e sintomas gripais, enquanto perdurar essa condição;

Ou que tenha filhos em idade escolar, inviabilizando seu deslocamento até a Instituição, deverá enviar um e-mail para comissaoauxiliodigitaldesu@gmail.com com uma auto declaração, de acordo com modelo em Anexo 3, informando se enquadrar em alguma das situações descritas acima. Nestes casos, o Servidor ou Aluno receberá o **TERMO de COMPROMISSO** por e-mail, que deverá ser assinado (igual documento de Registro oficial) e entregue por um **PROCURADOR** (devidamente documentado e autorizado – Modelos em Anexo 2 - servidores e Anexo 1 -alunos) com o documento original de Registro Geral com foto do solicitante e procurador, para comprovação e recebimento do Auxílio Digital.

No local será respeitada a distância de 1,5m entre os indivíduos, sendo obrigatório o uso de máscara por todos os presentes.

Para tirar dúvidas ou obter mais informações, entre em contato pelo e-mail comissaoauxiliodigitaldesu@gmail.com

Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2020

Comissão de Entrega, Controle e Devolução dos CHIPS:
Adriana Lopes do Espírito Santo
Aline Xavier
Jaqueline Luna de Oliveira

ANEXOS

Anexo 1- Procuração – Alunos

PROCURAÇÃO (ALUNOS)

Eu, _____ (nome completo), portador do CPF inscrito no nº _____, e cédula de Identidade nº _____, Profissão _____, com matrícula nº _____, no curso de _____ do Departamento de Ensino Superior – DESU, venho através desta, autorizar _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão), inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, a retirar do Departamento de Ensino Superior – DESU/INES, em meu nome, os seguintes itens do **AUXÍLIO DIGITAL**, oferecido pelo Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES: (1) SIM CARD da Operadora Claro com 50GB com acesso à internet e (2) MODEM da Operadora CLARO.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Aluno que está autorizando)

Nome do aluno que está autorizando:

CPF:

PROCURAÇÃO (SERVIDORES)

Eu, _____ (nome completo), portador do CPF inscrito no nº _____, e cédula de Identidade nº _____, matrícula SIAPE _____, no cargo de _____ lotado no Departamento de Ensino Superior – DESU,, venho através desta, autorizar _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão), inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, a retirar do Departamento de Ensino Superior – DESU/INES, em meu nome, os seguintes itens do **AUXÍLIO DIGITAL**, oferecido pelo Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES: (1) SIM CARD da Operadora Claro com 50GB com acesso à internet e (2) MODEM da Operadora CLARO.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

(Assinatura do servidor que está autorizando)

Nome do servidor que está autorizando:

CPF:

Matrícula SIAPE:

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, que faço parte do grupo de risco do novo coronavírus (COVID-19), conforme declarado a seguir:

Tem mais de 60 anos ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Está grávida?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Tem doenças Respiratórias?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Tem diabetes?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Tem alguma doença Crônica?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Faz uso de imunossupressores ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO

Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Nome:
CPF: