



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
AÇÕES AFIRMATIVAS E DIVERSIDADES - SAE

DECLARAÇÃO DE CÊNCIA DOS TERCEIROS DO EDITAL PROPE Nº 01/2025
ANEXO 13

Eu, Silvia Henrique FERREIRA

portador(a) da carteira de identidade nº 8483570 e CPF nº 095.238.744-75, acadêmico(a) regularmente matriculado(a) no curso de Administração da Universidade do Estado de Santa Catarina, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei para comprovação do Cadastro Socioeconômico:

- Ter ciência de todo conteúdo do presente edital e Resolução CONSUNI 090/2024.
- Que TODAS informações prestadas neste cadastro são verdadeiras;
- A inexistência e/ou omissão de informações acarretará a suspensão do pagamento do auxílio independentemente da época em que for constatada a sua ocorrência, sujeitando-se o aluno a devolver integralmente os valores recebidos e responder a processo disciplinar, observado o disposto na legislação pertinente;
- Que o preenchimento e entrega dos documentos não significa deferimento de qualquer benefício;
- Que poderei ser solicitado a entregar documentos complementares, receber visita domiciliar e/ou ser entrevistado por servidores designados pela SAE, caso houver necessidade, em qualquer momento;
- Estar cursando exclusivamente os cursos de graduação e pós-graduação da UDESC, durante a concessão do auxílio, caso seja contemplado (a).

Data: 12/03/2025

Silvia Henrique
Assinatura do(a) Declarante

ANEXO 01
GUIA DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Parentesco	CPF	D.N.	Situação Atual *	Renda Mensal (bruta)
BRUNO HENRIQUE FERREIRA		045.236.744.75		E	1917,00
VÂNIA APARECIDA FERREIRA *	MÃE	639.707.401.34		DSR	
ISABELA PEDROSO TROYO	NAMORADA	38136419830		T	2845,60

*Código da situação atual:

A - Aposentado; T - Trabalha; I - Incapacitado (doença); E - Estudante; P - Pensionista; DSR - Desempregado sem renda.

* RECEBENDO SEGURO-DESEMPREGO.

DECLARAÇÃO DE DIVISÃO DE ALUGUEL
(Declaração exclusiva para candidato que divide aluguel)

ANEXO 04

Eu, Nome: HENRIQUE FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 8483590, e CPF nº 095.234.744-75, acadêmico(a) regularmente matriculado(a) no curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei para comprovação do Cadastro Sociocombinário que divido com as pessoas abaixo nominadas e assinadas, os gastos de aluguel do imóvel situado no endereço R. 2709/2579, Rua da Esperança, nº 54, sendo que o valor total do aluguel é de R\$ 2.358,71 (legível) e que o valor mensal que cabe a mim contribuir é de R\$ 28,23 (legível).

Anexar cópia do contrato de aluguel.

Nome e assinatura dos demais moradores:

1. Nome Completo (legível): Isabella Ferreira Tironi
Assinatura e telefone: Isabella Tironi (68) 9 9205-4402

2. Nome Completo (legível): Isabella Ferreira Tironi
Assinatura e telefone: Isabella Tironi (68) 9 9205-4402

3. Nome Completo (legível): _____
Assinatura e telefone: _____

4. Nome Completo (legível): _____
Assinatura e telefone: _____

Declaro ainda que as informações acima apresentadas são verdadeiras e estou ciente de que a omissão de informações ou apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam no cancelamento da inscrição/benefício.

Autorizo ainda o Serviço Social e a Secretaria de Assuntos Estudantis da UDESC a averiguar a informação acima.

Data: 12 / 03 / 2025

Henrique Ferreira
Assinatura (data) Declarante

Declaro ainda, ciente da Lei nº 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 101, Parágrafo 1º: "Falsificar, no todo ou em parte, ato, documento, ou alterar o teor de ato, documento, para obter vantagem, para si ou para outrem, ou para terceiro, constitui crime, punido com reclusão de dois a cinco anos, e multa de dez a cinquenta salários mínimos".

DECLARAÇÃO DE CIENTIA DOS TERMOS DO EDITAL PROPE Nº 11/2025

ANEXO 13

Eu, Nome: HENRIQUE FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 8483590, e CPF nº 095.234.744-75, acadêmico(a) regularmente matriculado(a) no curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina, declaro para os devidos fins e sob as penas da lei para comprovação do Cadastro Sociocombinário:

- Ter ciência de todo conteúdo do presente edital e Resolução CONSUNI 090/2024;
- Que TODAS informações prestadas neste cadastro são verdadeiras;
- A veracidade e/ou omissão de informações acarretará a suspensão do pagamento do auxílio independentemente da época em que for constatada a sua ocorrência, sujeitando-se o aluno a devolver integralmente os valores recebidos e responder a processo disciplinar, observado o disposto na legislação pertinente;
- Que o preenchimento e entrega dos documentos não significa determinação de qualquer benefício;
- Que poderei ser solicitado a entregar documentos complementares, receber visita domiciliar e/ou ser entrevistado por servidores designados pela SAE, caso houver necessidade, em qualquer momento;
- Estar cursando exclusivamente os cursos de graduação e pós-graduação da UDESC, durante a concessão do auxílio, caso seja contemplado (a).

Data: 12 / 03 / 2025

Henrique Ferreira
Assinatura (data) Declarante

ANEXO 01
GUIA DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Parentesco	CPF	D.N.	Situação Atual *	Renda Mensal (bruta)
BRUNO HENRIQUE FERREIRA		045.236.744.75		E	1917,00
VÂNIA APARECIDA FERREIRA *	MÃE	639.707.401.34		DSR	
ISABELA PEDROSO TROYO	NAMORADA	38136419830		T	2845,60

*Código da situação atual:

A - Aposentado; T - Trabalha; I - Incapacitado (doença); E - Estudante; P - Pensionista; DSR - Desempregado sem renda.

* RECEBENDO SEGURO-DESEMPREGO.

FOCCUS FACILITIES LTDA			Demonstrativo de Pagamento de Salário				
RUA JOAO DE SOUZA CLIMACO, S/N QUADRA04 LOTE 28/29 SALA 03							
01/12/2024 a 31/12/2024			CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO	05.897.975/0001-88			
005914 ISABELA PEDROSO TROYO			APOIO ADMINISTRATIVO				
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
001	Salário Base	190:00	2.845,60				
117	Premio assiduidade 7% 2024		199,19				
604	Vale Transporte			170,74			
622	Participação no Vale Alimentação			3,71			
903	INSS Folha			240,29			
			3.044,79	414,74			
			Valor Líquido	2.630,05			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base INSS Dif. Sal.	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base FGTS Dif. Sal.	Base Cál. IRRF	Aliq. IRRF
2.845,60	2.845,60	0,00	2.845,60	227,64	0,00	2.280,80	7,50 %
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO							
_____/_____/_____ DATA				_____ ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			