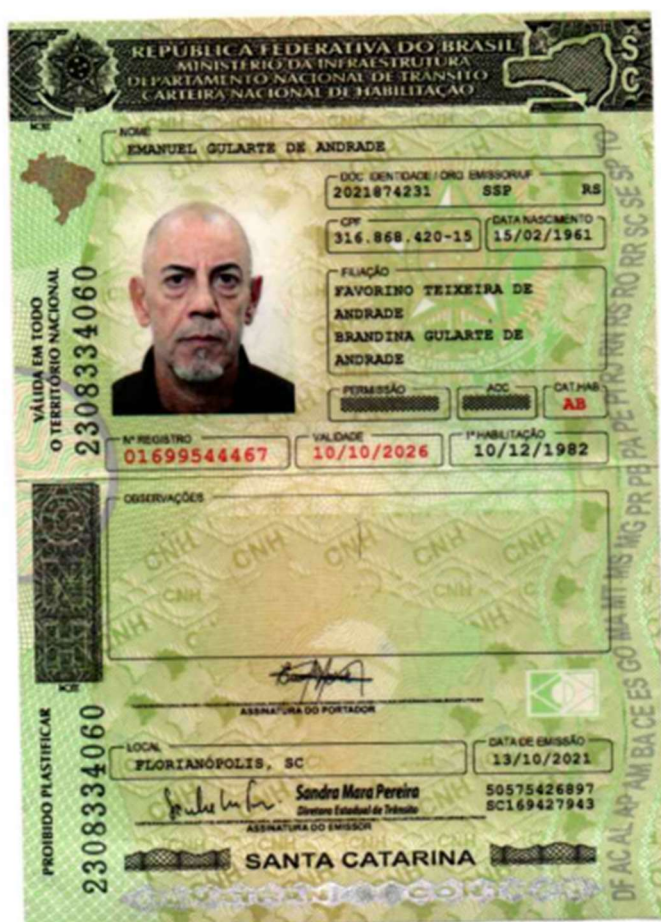


**ANEXO 01**  
**GUIA DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

**(Preencha a situação atual de cada membro da família conforme o indicado abaixo. A comprovação de renda de cada integrante deverá ser realizada conforme a situação atual aqui indicada, vide link abaixo)**

| Nome                        | Parentesco | CPF         | Data de Nascimento | Situação Atual *     | Renda Mensal (bruta) |
|-----------------------------|------------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Juno Bittencourt de Andrade | Filho      | 07861971961 | 27/08/2001         | Estudante estagiando | R\$ 1518,00          |
| Emanuel Gulate de Andrade   | Pai        | 31686842015 | 15/02/1961         | Autônomo             | R\$ 5.475,25         |



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                       |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO DE SANTA CATARINA<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  |                                                                                   |
| <br>POLEGAR DIREITO |  |
| PROIBIDO PLASTIFICAR                                                                                 |                                                                                   |
| ASSINATURA DO TITULAR                                                                                |                                                                                   |
| CARTeira DE IDENTIDADE                                                                               |                                                                                   |
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                                                 |                                                                                   |
| REGISTRO GERAL<br>6.271.650                                                                          | DATA DE EXPEDIÇÃO<br>28/AGO/2017                                                  |
| NOME<br>JOÃO VITOR BITTENCOURT DE ANDRADE                                                            |                                                                                   |
| FILIAÇÃO<br>EMANUEL GUILARTE DE ANDRADE                                                              |                                                                                   |
| RITA DE CASSIA BITTENCOURT                                                                           |                                                                                   |
| NATURALIDADE<br>TUBARÃO SC                                                                           |                                                                                   |
| DATA DE NASCIMENTO<br>27/08/2001                                                                     |                                                                                   |
| SOO CIVIL<br>CERT. NASC. 53941 IV A-166 FL 207V                                                      |                                                                                   |
| CART. PORTO-TUBARÃO SC                                                                               |                                                                                   |
| CPF<br>078.619.719-61                                                                                |                                                                                   |
| PAULO HENRIQUE DOS SANTOS<br>Diretor do Instituto de Identificação - IGP/SC<br>Perito Criminal       |                                                                                   |
| FLORIANÓPOLIS - SC<br>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                                       |                                                                                   |

### DECLARAÇÃO

Eu, Emanuel Gularte de Andrade, portador do CPF: 316.868.420-15, residente e domiciliado à: Estrada Cristóvão Machado de Campos, 221, quadra 11, Casa 7, Bairro Vargem Grande, Florianópolis – SC, declaro, para os devidos fins que; meu filho, João Vitor Bittencourt de Andrade, portador do CPF: 078.619.719-61, mora em minha residência, mas não recebe nenhum tipo de ajuda financeira, pensão, mesada, ou qualquer valor em dinheiro da minha parte.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

Florianópolis, 28 de agosto de 2025



Emanuel Gularte de Andrade

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC  
SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS, AÇÕES AFIRMATIVAS E DIVERSIDADE



**ANEXO 05**

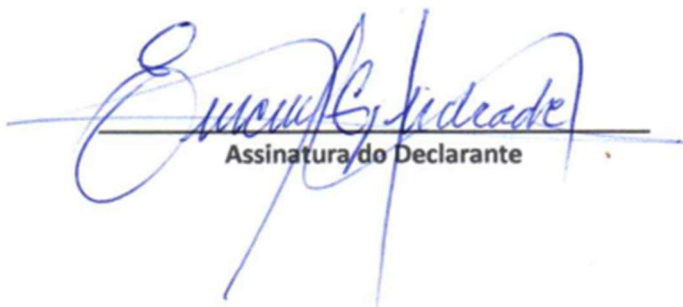
**DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL (CTPS)**

Eu, EMANUEL GULARTE DE ANDRADE, portador da carteira de identidade nº 2021874231 SSP RS , e CPF nº 316.868.420-15, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico do estudante, JOÃO VITOR BITTENCOURT DE ANDRADE, que não possuo carteira de trabalho e previdência social (CTPS).

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: 26 / 08 / 2025



Assinatura do Declarante

Declaro ainda ciente da Lei Nº 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 301, Paragrafo 1º: "Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem: Pena - detenção, de três meses a dois anos".

**ANEXO 06**  
**DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS**  
(Autônomo, Profissional Liberal e/ou Trabalho Informal)

Eu, EMANUEL GULARTE DE ANDRADE, portador da carteira de identidade nº 2021874231 SSP RS, e CPF nº 316.868.420-15, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico do estudante (nome) JOÃO VITOR BITTENCOURT DE ANDRADE, que exerço a(s) atividades de optometrista, recebendo uma renda mensal média de R\$ 5.475,25, nos últimos três meses.

Declaro ainda que o valor acima apresentado é verdadeiro 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: 26 / 08 / 2025

Nome e contato últimos 3 trabalhos informais:

|                |                |
|----------------|----------------|
| 1. Nome: _____ | Telefone _____ |
| 1. Nome: _____ | Telefone _____ |
| 1. Nome: _____ | Telefone _____ |

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. <u>JP Bittencourt</u> | 2. <u>Carolina Reis de Rosa.</u> |
| Testemunha 01            | Testemunha 02                    |

  
Assinatura da(o) Declarante

Declaro ainda ciente da Lei Nº 2.848 de 1940 (Código Penal) em seu Artigo 301, Parágrafo 1º: "Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem: Pena - detenção, de três meses a dois anos".

**NOME:** EMANUEL GULARTE DE ANDRADE  
**CPF:** 316.868.420-15  
**DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL**

**IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA**  
**EXERCÍCIO 2025** **ANO-CALENDÁRIO 2024**

**RESUMO**

**TRIBUTAÇÃO UTILIZANDO AS DEDUÇÕES LEGAIS**

**RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS**

|                                                       |                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------|
| Recebidos de Pessoa Jurídica pelo titular             | 65.867,42         |
| Recebidos de Pessoa Jurídica pelos dependentes        | 0,00              |
| Recebidos de Pessoa Física/Exterior pelo titular      | 65.703,00         |
| Recebidos de Pessoa Física/Exterior pelos dependentes | 0,00              |
| Recebidos acumuladamente pelo titular                 | 0,00              |
| Recebidos acumuladamente pelos dependentes            | 0,00              |
| Resultado tributável da Atividade Rural               | 0,00              |
| <b>TOTAL</b>                                          | <b>131.570,42</b> |

**DEDUÇÕES**

|                                                                                                                                                      |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Contribuições às previdências oficial e complementar fechada de que trata o § 15 do art. 40 da CF/1988 (até o limite do patrocinador)                | 0,00             |
| Contribuição à previdência oficial (Rendimentos recebidos acumuladamente)                                                                            | 0,00             |
| Contribuição à prev. complementar, inclusive o valor para as fechadas de que trata o § 15 do art. 40 da CF/1988 que exceder o limite do patrocinador | 0,00             |
| Dependentes                                                                                                                                          | 0,00             |
| Despesas com instrução                                                                                                                               | 0,00             |
| Despesas médicas                                                                                                                                     | 0,00             |
| Pensão alimentícia judicial                                                                                                                          | 0,00             |
| Pensão alimentícia por escritura pública                                                                                                             | 0,00             |
| Pensão alimentícia judicial (Rendimentos recebidos acumuladamente)                                                                                   | 0,00             |
| Livro caixa                                                                                                                                          | 85.165,20        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                         | <b>85.165,20</b> |

**IMPOSTO DEVIDO**

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Base de cálculo do imposto | 46.405,22 |
| Imposto devido             | 2.499,00  |
| Dedução de incentivo       | 0,00      |
| Imposto devido I           | 2.499,00  |
| Imposto devido RRA         | 0,00      |
| Alíquota efetiva (%)       | 1,89      |
| Total do imposto devido    | 2.499,00  |

**IMPOSTO A RESTITUIR**

**SALDO DE IMPOSTO A PAGAR** 1.889,45

**PARCELAMENTO**

Valor da quota 236,18  
Número de Quotas 8

**INFORMAÇÕES BANCÁRIAS**

Débito automático: SIM  
A partir da 2a quota

**IMPOSTO PAGO**

|                                              |        |
|----------------------------------------------|--------|
| Imposto retido na fonte do titular           | 609,55 |
| Imp. retido na fonte dos dependentes         | 0,00   |
| Carnê-Leão do titular                        | 0,00   |
| Carnê-Leão dos dependentes                   | 0,00   |
| Imposto complementar                         | 0,00   |
| Imposto pago no exterior                     | 0,00   |
| Imposto retido na fonte (Lei nº 11.033/2004) | 0,00   |
| Imposto retido RRA                           | 0,00   |
| Total do imposto pago                        | 609,55 |

Banco 104  
Agência (sem DV) 3339  
Conta para débito 000092437256 6

NOME: EMANUEL GULARTE DE ANDRADE  
CPF: 316.868.420-15  
DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA  
EXERCÍCIO 2025 ANO-CALENDÁRIO 2024

**EVOLUÇÃO PATRIMONIAL**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Bens e direitos em 31/12/2023      |            |
| Bens e direitos em 31/12/2024      | 33.567,64  |
| Dívidas e ônus reais em 31/12/2023 | 298.795,60 |
| Dívidas e ônus reais em 31/12/2024 | 0,00       |
|                                    | 90.792,58  |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

|                                                                                                   |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Rendimentos isentos e não tributáveis                                                             | 76,00    |
| Rendimentos sujeitos à tributação exclusiva/definitiva                                            | 8.474,19 |
| Rendimentos tributáveis - imposto com exigibilidade suspensa                                      | 0,00     |
| Depósitos judiciais do imposto                                                                    | 0,00     |
| Imposto pago sobre Ganhos de Capital                                                              | 0,00     |
| Imposto pago Ganhos de Capital Moeda Estrangeira - Bens, direitos e Aplicações Financeiras        | 0,00     |
| Total do imposto retido na fonte (Lei nº11.033/2004), conforme dados informados pelo contribuinte | 0,00     |
| Imposto pago sobre Renda Variável                                                                 | 0,00     |
| Doações a Partidos Políticos e Candidatos a Cargos Eletivos                                       | 0,00     |
| Imposto a pagar sobre o Ganho de Capital - Moeda Estrangeira em Espécie                           | 0,00     |
| Imposto diferido dos Ganhos de Capital                                                            | 0,00     |
| Imposto devido sobre Ganhos de Capital                                                            | 0,00     |
| Imposto devido sobre ganhos líquidos em Renda Variável                                            | 0,00     |
| Imposto devido sobre Ganhos de Capital Moeda Estrangeira - Bens, direitos e aplic. financeiras    | 0,00     |

|                                                         |                                              |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b>                            | <b>IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA</b> |
| <b>SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> | <b>EXERCÍCIO 2025 ANO-CALENDÁRIO 2024</b>    |

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELAS DEDUÇÕES LEGAIS  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

|                                                              |                                                  |                                 |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| CPF do declarante<br>316.868.420-15                          | Nome do declarante<br>EMANUEL GULARTE DE ANDRADE | Telefone<br>(48) 32220796       |
| Endereço<br>ESTRADA CRISTOVAO MACHADO DE CAMPOS - ATE 4999/5 | Número<br>221                                    | Complemento<br>QUADRA 11 LOTE 7 |
| Bairro/Distrito<br>VARGEM GRANDE                             | CEP<br>88052-600                                 | Município<br>FLORIANOPOLIS      |
|                                                              |                                                  | UF<br>SC                        |

|                                                                                        |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                                        | (Valores em Reais) |
| TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS                                                          | 131.570,42         |
| IMPOSTO DEVIDO                                                                         | 2.499,00           |
| IMPOSTO A RESTITUIR                                                                    | 0,00               |
| SALDO DO IMPOSTO A PAGAR                                                               | 1.889,45           |
| IMPOSTO A PAGAR<br>GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE                                 | 0,00               |
| PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/05/2025)<br>NÚMERO DE QUOTAS                | 8                  |
| VALOR DA QUOTA                                                                         | 236,18             |
| DÉBITO AUTOMÁTICO AUTORIZADO PELO DECLARANTE (a partir da 2ª quota)<br>CÓDIGO DO BANCO | 104                |
| AGÊNCIA BANCÁRIA                                                                       | 3339               |
| CONTA PARA DÉBITO                                                                      | 000092437256-6     |

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 28/05/2025 às 17:52:22  
0019352025

0019352025

MINISTÉRIO DA FAZENDA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2025

ANO-CALENDÁRIO 2024

Sr(a) EMANUEL GULARTE DE ANDRADE, inscrito no CPF sob o nº 316.868.420-15.

O NÚMERO DO RECIBO de sua declaração apresentada em 28/05/2025, às 17:52:22, é:

29.75.83.79.95 - 01

Este número é de uso pessoal e NÃO deve ser fornecido a terceiros. Ele é obrigatório para retificar esta declaração.

Consulte sua declaração, verifique pendências, pague o imposto, consulte sua restituição, baixe cópia de documentos e mais pelo:

- Portal de Serviços Digitais da Receita Federal <https://servicos.receitafederal.gov.br>
- APP Receita Federal no seu dispositivo móvel



Atenção: Guarde este número para informá-lo na declaração do exercício de 2026, no campo "Nº do recibo da última declaração entregue do exercício de 2025".

Informações sobre a Impressão do Darf

O programa da Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física permite a impressão do Darf para pagamento de todas as quotas, inclusive as em atraso. O Darf será impresso acrescido de juros equivalentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e Custódia (Selic), para títulos federais, acumulada mensalmente, calculados a partir de 02/06/2025 até o mês anterior ao do pagamento e de 1% no mês do pagamento.

Se o pagamento da quota for efetuado após o seu vencimento, incidirá multa de mora de 0,33% ao dia, observado o limite máximo de 20%.

Para impressão do Darf, no Programa Gerador de Declarações, o contribuinte deve utilizar a opção **Declaração / Imprimir / Darf do IRPF** e selecionar a quota que deseja imprimir.

No caso de quotas decorrentes de declarações retificadoras em que ocorra mudança de imposto a pagar, para impressão do DARF acesse o Portal e-CAC no site da Receita Federal na Internet (<https://www.gov.br/receitafederal/pt-br>). Em seguida, clique em "**Declarações e Demonstrativos**", selecione o serviço "**Meu Imposto de Renda**". Serviços, clique em "**Consultar Débitos, Emitir DARF e Alterar Quotas**". Após visualizar o quantitativo de quotas e a situação de cada uma delas, clique no ícone "**Impressão**" para emitir o DARF do mês desejado.

Informações Adicionais

| Exercício | Malhas |
|-----------|--------|
| 2020      | Não    |
| 2021      | Não    |
| 2022      | Não    |
| 2023      | Não    |
| 2024      | Sim    |

=> Pendências de Malhas normalmente são questões que podem ser resolvidas pelo contribuinte.

=> Pendências de Débitos normalmente referem-se a valores não liquidados ou pagos com códigos errados.

Para maiores esclarecimentos e orientações sobre como resolver essas pendências consulte o Extrato do IRPF.

AVISO: Em 12/05/2025, constavam débitos em aberto no âmbito da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil e/ou da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional. Para mais informações, acesse o serviço Certidões e Situação Fiscal no Portal e-CAC do site da Receita Federal na Internet (<https://www.gov.br/receitafederal/pt-br>).

Acompanhe o processamento da sua declaração no seu dispositivo móvel App Receita Federal ou no Portal e-CAC.

**TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO - TCE Nº 00638/01005728-25**

**1 - PARTES**

|                                                                                              |                                                         |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>CONCEDENTE:</b> Pmf - Secretaria Municipal de Saude                                       |                                                         | <b>CNPJ:</b> 82.892.282/0007-39             |
| <b>Representante legal:</b> Almir Adir Gentil                                                |                                                         | <b>CPF:</b> 578.448.879-15                  |
| <b>Pessoa de contato:</b> Anelise Brandao Rudolf                                             |                                                         |                                             |
| <b>CEP:</b> 88025-210                                                                        | <b>Endereço:</b> Av. Professor Henrique da Silva Fontes | <b>Nº:</b> 6100 <b>Bairro:</b> Trindade     |
| <b>Cidade/UF:</b> Florianopolis - SC                                                         | <b>Telefone(s):</b> (48) 32391577                       | <b>E-mail:</b> rhsaude@pmf.sc.gov.br        |
| <b>ESTAGIÁRIO:</b> Juno Bittencourt de Andrade                                               |                                                         |                                             |
| <b>CPF:</b> 078.619.719-61                                                                   | <b>RG:</b>                                              | <b>Data de nascimento:</b> 27/08/2001       |
| <b>Representante legal:</b>                                                                  |                                                         | <b>CPF:</b>                                 |
| <b>CEP:</b> 88052-600                                                                        | <b>Endereço:</b> Estrada Cristovao Machado de Campos    | <b>Nº:</b> 221 <b>Bairro:</b> Vargem Grande |
| <b>Cidade/UF:</b> Florianopolis - SC                                                         | <b>Telefone(s):</b>                                     | <b>E-mail:</b>                              |
| <b>Curso:</b> Administração Pública                                                          | <b>Matrícula:</b> 1041722429                            | <b>Fase:</b> 2 <b>Turno:</b> noturno        |
| <b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO (IE):</b> Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina - Udesc |                                                         | <b>CNPJ:</b> 83.891.283/0001-36             |
| <b>Representante legal:</b> Isabela Regina Fornari Muller                                    |                                                         | <b>CPF:</b> 464.779.009-63                  |
| <b>Pessoa de contato:</b> Emiliana Debetir de Oliveira                                       |                                                         |                                             |
| <b>CEP:</b> 88035-001                                                                        | <b>Endereço:</b> Madre Benvenuta                        | <b>Nº:</b> <b>Bairro:</b> Santa Mônica      |
| <b>Cidade/UF:</b> Florianópolis - SC                                                         | <b>Telefone(s):</b> (48) 36648329                       | <b>E-mail:</b> reitor@udesc.br              |
| <b>AGÊNCIA DE INTEGRAÇÃO (AGI):</b> FEPESE - Fundação de Estudos e Pesquisas Socioeconômicos |                                                         | <b>CNPJ:</b> 83.566.299/0001-73             |
| <b>Representante legal:</b> Kerolyn Cristina Pinto de Carvalho Gomes                         |                                                         | <b>CPF:</b> 087.264.659-90                  |
| <b>CEP:</b> 88040-970                                                                        | <b>Endereço:</b> Campus Universitário - CSE/UFSC        | <b>Nº:</b> <b>Bairro:</b> Trindade          |
| <b>Cidade/UF:</b> Florianópolis - SC                                                         | <b>Telefone(s):</b> (48) 3953-1002                      | <b>E-mail:</b> agi@fepese.org.br            |

## 2 - ESTÁGIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Apólice N°:</b><br>93.25.2025.0413907                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Seguradora:</b> Yelum Seguros                           | <b>Cobertura:</b> R\$ 23.306,40                         |
| <b>Supervisor Concedente:</b> Evandro Silveira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                                         |
| <b>Formação:</b> ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Cargo:</b> ASSESSOR EM GESTÃO DE PESSOAS                |                                                         |
| <b>Registro Profissional:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                                                         |
| <b>Professor Orientador:</b> Elisangela Teresinha Klever                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                            |                                                         |
| <b>Estágio:</b> ( ) Obrigatório ( X ) Não obrigatório                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Modalidade:</b> ( X ) Presencial ( ) Remoto ( ) Híbrido |                                                         |
| <b>Carga horária semanal:</b> 30:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Início:</b> 18/08/2025                                  | <b>Término:</b> 17/08/2026<br><b>Vigência:</b> 11 meses |
| <b>Bolsa mensal:</b> R\$ 1.518,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Auxílio transporte diário:</b> R\$ 11,50                | <b>Ajuda de custo mensal:</b> R\$ 0,00                  |
| <b>Sector de atuação:</b> DIBEA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |                                                         |
| <b>Plano de atividades:</b> 1. Atendimento ao público; Auxiliar nos serviços administrativos em geral; 2. Participar da elaboração de formulários, gráficos, planilhas, fluxogramas e demais instrumentos organizacionais; 3. Elaboração de manuais, relatórios, atas e outros documentos administrativos; 4. Emissão de relatórios em geral; 5. Preparar, organizar, analisar e arquivar documentos e correspondências. |                                                            |                                                         |

As partes acima qualificadas (Quadro 1) firmam o presente **Termo de Compromisso de Estágio - TCE**, que se regerá pelas disposições da Lei nº 11.788/08 e pelas regras aqui ajustas.

1. Constitui objeto do presente **TCE** a formalização do **ESTÁGIO** descrito no Quadro 2, entre o **ESTAGIÁRIO** da **IE** e a **CONCEDENTE**, com a intermediação da **AGI**.
  - 1.1. As atividades de estágio serão desenvolvidas na forma do Quadro 2, as quais são compatíveis com as atividades acadêmicas do **ESTAGIÁRIO**, não podendo exceder a dois anos de duração, exceto quando se tratar de **ESTAGIÁRIO** portador de deficiência.
  - 1.2. Respeitadas as disposições deste **TCE**, a relação do **ESTAGIÁRIO** e a **CONCEDENTE** não cria vínculo empregatício de qualquer natureza.
2. A **IE** deverá:
  - a. A **IE** deverá: avaliar se o plano de atividades está de acordo com o currículo do curso do **ESTAGIÁRIO**;
  - b. comunicar à **CONCEDENTE** e à **AGI** qualquer interrupção do curso do **ESTAGIÁRIO**, como, por exemplo, o trancamento, abandono ou cancelamento de matrícula; troca ou conclusão do curso, dentre outras situações que impeça a continuidade do estágio;
  - c. exigir do **ESTAGIÁRIO** a apresentação periódica do relatório de atividades, em prazo não superior a seis meses;
  - d. avaliar as instalações da **CONCEDENTE** do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;
  - e. indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário - Quadro 2;
  - f. comunicar à **CONCEDENTE**, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

3. A **CONCEDENTE** deverá:
  - a. ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, elaborando o plano de atividades de acordo com o currículo do curso do **ESTAGIÁRIO** e zelando pelo seu cumprimento;
  - b. por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;
  - c. manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
  - d. enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao **ESTAGIÁRIO**;
  - e. zelar pelo cumprimento da legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho durante a jornada do estagiário;
  - f. indicar no Quadro 2 empregado, com formação ou experiência profissional comprovada na área de conhecimento desenvolvida, para orientar e supervisionar o **ESTAGIÁRIO**;
  - g. reduzir pelo menos à metade a carga horária do **ESTAGIÁRIO** nos períodos de avaliações periódicas ou finais;
  - h. comunicar à **AGI** a interrupção e as eventuais alterações que ocorrerem no **TCE**;
  - i. conceder ao **ESTAGIÁRIO** recesso remunerado de 30 (trinta) dias, preferencialmente em período de férias escolares, sempre que o estágio tiver duração igual ou superior a um ano. Nos casos em que o estágio tiver duração inferior a um ano e quando finalizado antecipadamente os dias de recesso serão concedidos ou indenizados de maneira proporcional;
  - j. respeitar, pagar e cumprir as disposições do Quadro 2, inclusive com a indicação de funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do **ESTAGIÁRIO**, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente.
4. O **ESTAGIÁRIO** deverá:
  - a. cumprir com todo empenho e interesse a programação estabelecida para o **ESTÁGIO** - Quadro 2;
  - b. observar as normas internas da **CONCEDENTE**;
  - c. comunicar à **IE** ou à **AGI** qualquer inconformidade, alteração ou fato relevante sobre o **ESTÁGIO**, inclusive o desrespeito ao **TCE**;
  - d. comunicar à **CONCEDENTE** e à **AGI** qualquer interrupção do curso do **ESTAGIÁRIO**, como, por exemplo, o trancamento, abandono ou cancelamento de matrícula; troca ou conclusão do curso, dentre outras situações que impeça a continuidade do estágio;
  - e. não divulgar quaisquer informações, dados ou trabalhos reservados ou confidenciais de que tiver conhecimento em decorrência do **ESTÁGIO**, durante ou após o período do estágio, a quem quer que seja;
  - f. elaborar e entregar à **IE**, em prazo não superior a seis meses, relatório de atividades desenvolvidas no **ESTÁGIO**.
5. A **AGI** deverá, como auxiliares no processo de aperfeiçoamento do **ESTÁGIO**:
  - a. ajustar e alterar as condições da realização do **ESTÁGIO**, sempre que comunicado por qualquer das partes;
  - b. fazer o acompanhamento administrativo do **ESTÁGIO**;
  - c. contratar seguro contra acidentes pessoais - Quadro 2.
6. O **TCE** poderá ser rescindido a qualquer tempo:
  - a. por decisão unilateral de qualquer das partes;
  - b. por interrupção do vínculo existente entre o **ESTAGIÁRIO** e a **IE**, como, por exemplo, o trancamento, abandono ou cancelamento de matrícula, troca ou conclusão do curso e qualquer outra situação que impeça a continuidade do **ESTÁGIO**;
  - c. pelo descumprimento de qualquer cláusula do presente **TCE**;
  - d. se não for apresentado pelo **ESTAGIÁRIO**, no prazo assinalado, qualquer documento referente ao **ESTÁGIO** que venha ser solicitado pela **IE**, **CONCEDENTE** ou **AGI**.
7. As partes se comprometem a observar e cumprir o regime legal da proteção de dados pessoais (Lei nº 13.709/18).
8. A **CONCEDENTE** autoriza, sem ônus, que a **AGI** utilize seu nome/logo para fins de publicidade institucional.
9. As partes elegem de comum acordo o foro da comarca de Florianópolis/SC, renunciando, desde logo, a qualquer tempo outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir qualquer questão que se originar deste **TCE**, que não possa ser resolvida amigavelmente.

10. E por estarem de inteiro e comum acordo com as condições e dizeres deste instrumento, as partes assinam 04 (quatro) vias de igual teor.

Florianópolis, 18/08/2025.

\_\_\_\_\_  
**ESTAGIÁRIO**

\_\_\_\_\_  
**CONCEDENTE**

\_\_\_\_\_  
**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

\_\_\_\_\_  
**AGÊNCIA DE INTEGRAÇÃO**

**PROGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO - TCE Nº**  
**00638/01005728-25**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA CONCEDENTE**

**Nome:** Pmf - Secretaria Municipal de Saude

**CNPJ:** 82.892.282/0007-39

**Agente de Integração:** Fundação de Estudos e Pesquisas Sócio Econômicos - FEPESE

**Campo de estágio:** DIBEA

**Endereço:** Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100 - Trindade - CEP: 88025-210 - Florianópolis - SC

**Telefone:** (48) 32391577

**Endereço eletrônico:** rhsaude@pmf.sc.gov.br

**Pessoa de Contato:** Almir Adir Gentil

**Nome do supervisor:** Evandro Silveira

**Função do Supervisor:** ASSESSOR EM GESTÃO DE PESSOAS

**Registro Profissional:**

**Telefone:**

**Endereço Eletrônico:**

**Supervisão na concedente:**

( ) diária

( ) semanal

( ) quinzenal

( ) mensal

( ) outra .....

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTAGIÁRIO**

**Nome do Estagiário:** Juno Bittencourt de Andrade

**Curso:** Administração Pública

**Termo:** 1041722429

**Período em que estuda:** noturno

**Telefone:**

**Email:**

**3 - INFORMAÇÕES DO ESTÁGIO**

**Vigência do contrato:** 18/08/2025 a 17/08/2026

**Horários de estágio:**

| Segunda       | Terça         | Quarta        | Quinta        | Sexta         | Sábado |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| 09:00 - 15:00 | 09:00 - 15:00 | 09:00 - 15:00 | 09:00 - 15:00 | 09:00 - 15:00 |        |

**Carga horária semanal:** 30:00 hs

**Valor da bolsa-estágio:** R\$ 1.518,00

**4 - APRESENTAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DO ESTÁGIO:**

**I - Apresentação da concedente:**

**II - Objetivos:**

**III - Atividades a serem desenvolvidas:** 1. Atendimento ao público; Auxiliar nos serviços administrativos em geral; 2. Participar da elaboração de formulários, gráficos, planilhas, fluxogramas e demais instrumentos organizacionais; 3. Elaboração de manuais, relatórios, atas e outros documentos administrativos; 4. Emissão de relatórios em geral; 5. Preparar, organizar, analisar e arquivar documentos e correspondências.

**5 - PARECER DO COORDENADOR DE ESTÁGIO/ORIENTADOR:**

**Professor Orientador:** Elisangela Teresinha Klever

**Parecer:** ( ) Deferido ( ) Indeferido

Florianópolis, 18/08/2025.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
Supervisor de Estágio (na empresa)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
Estagiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do  
Orientador de Estágio

## Relatório de Assinaturas

Datas e horários em UTC-0300 ( America/Sao\_Paulo)  
Última atualização em 13 Agosto 2025, 10:30:15



Status: Assinado

Documento: SMS - Tce - Juno Bittencourt De Andrade.Pdf

Número: 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330

Data da criação: 07 Agosto 2025, 16:28:38

Hash do documento original (SHA256): b5f97115ce6333e19b4ae45419c4c6c9ec7a9a393fb8e31d1b4af678061c3c34



### Assinaturas

7 de 7 Assinaturas

|                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                   |  | Assinatura                                                                                                                                                                                            |
| <b>KEROLYN CRISTINA PINTO DE CARVALHO GOMES</b><br>Data e hora da assinatura: 08/08/2025 10:21:09<br>Token: 0e42bd1e-e097-49dc-a9dc-57ff09a65a33 |  | <br>KEROLYN CRISTINA PINTO DE CARVALHO GOMES                                                                       |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548991838082<br>E-mail: kerolyn.gomes@fefese.org.br                                               |  | Localização aproximada: -27.598319, -48.521049<br>IP: 150.162.141.112<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/138.0.0.0 Safari/537.36 |

|                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                                   |  | Assinatura                                                                                                                                                                                         |
| <b>ALMIR ADIR GENTIL</b><br>Data e hora da assinatura: 07/08/2025 16:30:49<br>Token: 3c9ec808-73ed-4214-bfcb-35b5d47423dd                                        |  | <br>ALMIR ADIR GENTIL                                                                                           |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548932391577<br>E-mail: rhsaude.pmf@gmail.com<br>Nível de segurança: Validado por código único enviado por e-mail |  | Localização aproximada: -27.589435, -48.518284<br>IP: 200.192.72.2<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/138.0.0.0 Safari/537.36 |

|                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                                     |  | Assinatura                                                                                                                                                                                           |
| <b>ISABELA REGINA FORNARI MULLER</b><br>Data e hora da assinatura: 11/08/2025 18:23:54<br>Token: 555cc769-ef4c-4a7b-b2c2-0245759527f4                              |  | <br>Isabela Regina Fornari Muller                                                                               |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548984144815<br>E-mail: isabela.muller@udesc.br<br>Nível de segurança: Validado por código único enviado por e-mail |  | Localização aproximada: -27.584102, -48.509747<br>IP: 179.97.102.199<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/138.0.0.0 Safari/537.36 |

### INTEGRIDADE CERTIFICADA - ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

[Confirme a integridade do documento aqui.](#)



Este Log é exclusivo e parte integrante do documento número 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330, segundo os [Termos de Uso da ZapSign](#), disponíveis em [zapsign.com.br](https://zapsign.com.br)

ZapSign 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

## Relatório de Assinaturas

Datas e horários em UTC-0300 ( America/Sao\_Paulo)  
Última atualização em 13 Agosto 2025, 10:30:15



|                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                                       |  | Assinatura                                                                                                                                        |
| <b>EMILIANA DEBETIR DE OLIVEIRA</b><br>Data e hora da assinatura: 08/08/2025 17:03:54<br>Token: d89c342f-7d03-4c61-b7ad-c4288104b397                                 |  | <br><br>EMILIANA DEBETIR DE OLIVEIRA                           |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548996220223<br>E-mail: emiliana.debetir@udesc.br<br>Nível de segurança: Validado por código único enviado por e-mail |  | IP: 179.97.102.92<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/138.0.0.0 Safari/537.36 |

|                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                                |  | Assinatura                                                                                                                                                            |
| <b>TÉCNICA UNIVERSITÁRIA ELISANGELA TERESINHA KLEVER</b><br>Data e hora da assinatura: 11/08/2025 13:53:44<br>Token: 0e31b837-e30a-4dbf-98e7-a9a58fbb44a6     |  | <br><br>Técnica Universitária Elisangela Teresinha Klever                          |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548366488238<br>E-mail: cest.esag@udesc.br<br>Nível de segurança: Validado por código único enviado por e-mail |  | Localização aproximada: -27.584102, -48.509747<br>IP: 179.97.102.133<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64; rv:141.0) Gecko/20100101 Firefox/141.0 |

|                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assinado via ZapSign by Truora                                                                                                                                  |  | Assinatura                                                                                                                                                                                           |
| <b>JUNO BITTENCOURT DE ANDRADE</b><br>Data e hora da assinatura: 07/08/2025 17:40:48<br>Token: 979a9295-252d-49e8-96e5-beb0900a4a17                             |  | <br><br>Juno Bittencourt de Andrade                                                                             |
| <b>Pontos de autenticação:</b><br>Telefone: + 5548988182866<br>Nível de segurança: Validado por código único enviado por SMS<br>E-mail: jvbittencourt@gmail.com |  | Localização aproximada: -27.594097, -48.555969<br>IP: 191.245.74.245<br>Dispositivo: Mozilla/5.0 (Linux; Android 10; K) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/134.0.0.0 Mobile Safari/537.36 |

## INTEGRIDADE CERTIFICADA - ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.  
[Confirme a integridade do documento aqui.](#)



Este Log é exclusivo e parte integrante do documento número 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330, segundo os [Termos de Uso da ZapSign](#), disponíveis em [zapsign.com.br](https://zapsign.com.br)

ZapSign 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

## Relatório de Assinaturas

Datas e horários em UTC-0300 ( America/Sao\_Paulo)  
Última atualização em 13 Agosto 2025, 10:30:15



Assinado  via ZapSign by Truora

**EVANDRO SILVEIRA**

Data e hora da assinatura: 13/08/2025 10:30:14  
Token: 52c2e393-823d-4e93-8e10-3c71b9ef9672

Assinatura



Evandro Silveira

### Pontos de autenticação:

Telefone: + 5548996463625

E-mail: evandrosilve@gmail.com

Nível de segurança: Validado por código único enviado por e-mail

IP: 200.192.72.2

Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36  
(KHTML, like Gecko) Chrome/138.0.0.0 Safari/537.36

### INTEGRIDADE CERTIFICADA - ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

[Confirme a integridade do documento aqui.](#)



Este Log é exclusivo e parte integrante do documento número 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330, segundo os [Termos de Uso da ZapSign](#), disponíveis em [zapsign.com.br](https://zapsign.com.br)

ZapSign 19b2ca48-9682-48b1-a5db-888de5433330. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.