

ANEXO 09
DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU
POR MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecido)

Eu, Mayra Britina Capelit

(informar o nome do responsável pelo não recebimento da pensão alimentícia), portador da carteira de identidade nº —, e CPF nº 067.526.569-08, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico, que não recebo pagamento referente à pensão alimentícia ou por morte em meu nome ou em nome de dependentes por motivo de

pais separados e sem pensão estabelecida de
Laura Capelit Gaer Lima.
CPF: 146.938.659-31

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: 10 / 10 / 2025

Mayra Britina Capelit
Assinatura da(o) Declarante

ANEXO 09
DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU
POR MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecido)

Eu, Mayra Cristina Capelet
(informar o nome do responsável pelo não recebimento da pensão alimentícia), portador
da carteira de identidade nº —, e CPF nº 067.526.569-08 declaro
sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro
Socioeconômico, que não recebo pagamento referente à pensão alimentícia ou por morte
em meu nome ou em nome de dependentes por motivo de
não recebimento de pensão alimentícia nem
por morte

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: 10 / 10 / 2025

Mayra Cristina Capelet
Assinatura da(o) Declarante

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 00.340.936/0001-61 02 Razão Social/Nome 11 - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 209.98805.27.5 11 Nome 102 - MAYRA CRISTINA CAPELETI
17 CTPS (nº, série, UF) 39605260 / 00000-3 / SC 18 CPF 067.526.569-08 19 Data de Nascimento 11/05/1990 20 Nome da Mãe MARILENE DA SILVA

CONTRATO

22 Causa do Afastamento

Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão 02/04/2025	25 Data do Aviso Prévio 15/09/2025	26 Data de Afastamento 15/09/2025	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) FG 0,00%
-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

No dia 25 / 09 / 25 foi realizado, nos termos da lei 13.467/2017, art. 477, § 4º, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 3.433,47, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

Bal. Bone do Sul, _____, 25 de Setembro de 2025

Nome: Vera Lúcia B. L. Baeumle
Presidente APAE Bal. Bone do Sul

150 Assinatura do Empregador
VERA LUCIA BARTSCH LEITZKE BAEUMLE
CPF: 293.674.689-20

151 Assinatura do Trabalhador
MAYRA CRISTINA CAPELETI
CPF: 067.526.569-08

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

ANEXO 09
DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA OU
POR MORTE

(Declaração exclusiva para candidato com pais separados ou falecido)

Eu, Mayra Cristina Capelleti

(informar o nome do responsável pelo não recebimento da pensão alimentícia), portador da carteira de identidade nº -, e CPF nº 067.526.569-08, declaro sob as penas da lei e conforme estabelecido neste Edital, para comprovação do Cadastro Socioeconômico, que não recebo pagamento referente à pensão alimentícia ou por morte em meu nome ou em nome de dependentes por motivo de

pais separados e sem pensão estabelecida de,
Gabriel Capelleti Soares
CPF: 092.450.809-43.

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: 10 / 10 / 2025

Mayra Cristina Capelleti
Assinatura da(o) Declarante