



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
Praça Geraldo da Silva Maia, nº 175 – Passos – Minas Gerais - CEP 37900-900.
Tel.: (35) 3522-7254 / (35) 3522-7259
controladoria@passos.mg.gov.br

Passos, 14 de outubro de 2021.

Termo de Fomento nº 010/2021

Entidade: Associação Servirás de Assistência Social – Creche Dolores Queiroz

Representante: Jairo Roberto da Silva

Objeto: Concessão de subvenção social para prestação de serviços de caráter educacional para atendimento a crianças de 0 a 5 anos”.

Data da assinatura do Termo: 15/02/2021

Valor repassado – 8ª parcela: R\$ 30.147,90 (trinta mil, cento e quarenta e sete reais e noventa centavos)

Data da entrega da prestação de contas: 08/10/2021

A Constituição Federal determina que:

“Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária.”

Em análise à documentação apresentada, entendo que a mesma comprova adequadamente a aplicação dos recursos de acordo com o Plano de Trabalho apresentado, com finalidade para o qual foi concedido, bem como a realização do objeto.

Valor do repasse: R\$ 30.147,90

Gastos devidos: R\$ 29.426,85 (incluso o valor de R\$ 441,07 de seguro)

Recursos não gastos: R\$ 1.048,24

Aplicação:

FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
R\$0,00	R\$0,00	R\$8,23	R\$24,56	R\$31,03	50,62	43,21	43,71		



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
Praça Geraldo da Silva Maia, nº 175 – Passos – Minas Gerais – CEP 37900-900.
Tel.: (35) 3522-7254 / (35) 3522-7259
controladoria@passos.mg.gov.br

A OSC procedeu à devolução aos cofres públicos da importância de **R\$ 1.048,24** referentes a recurso não gasto com folha de pagamento e encargos (**R\$ 71,27**), contratação de estagiários (**R\$ 850,01**) e seguro dos estagiários (**R\$ 126,96**), conforme comprovante bancário anexo.

A OSC possui saldo de contas fixas de março/21 no valor total de **R\$ 316,60** e de setembro/21 no valor de **R\$ 240,84**.

A OSC possui saldo de provisão no valor de **R\$ 14.000,00**.

Certifico haver examinado a presente prestação de contas, encontrando-a exata, sendo assim, opino pela sua aprovação.

Renata Martins Faria
Servidora responsável pela prestação de contas



APROVADO



REPROVADO

Angelita Dias Borges Orsolini
Controladora Geral do Município



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
ENCAMINHAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

PROCESSO:	PRESTAÇÃO DE CONTAS	PARCELA/ MÊS	08/Setembro	☒ PARCIAL/ANUAL ☐ FINAL
PARCERIA Nº:	10/2021			
PARCEIRO (OSC):	ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRECHE DOLORES QUEIROZ			
CNPJ:	20.295.087/0001-15	PERÍODO:	01/09/2021	A 30/09/2021

PASSOS, 08 DE OUTUBRO DE 2021

Prezada Senhora,

Encaminho à V. Sa. Documentação comprobatória da prestação de contas (Parcial) referente à Parceria firmada entre a **ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRECHE DOLORES QUEIROZ** portador do CNPJ nº 20.660.320.0001/85 do **Termo de Fomento nº 10/2021** e o **MUNICÍPIO DE PASSOS** portador do CNPJ nº 20.295.087/0001-15.

Coloco-me à disposição de V. Sa. para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,

ROSANGELA MARIA COUTO MARQUES
Matrícula nº 3343

Ilma Sra.

Angelita Dias Borges Orsolini
Controladora Geral do Município de Passos

	PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO																															
	CONCLUSÃO FINAL																															
PROCESSO:	PRESTAÇÃO DE CONTAS	PARCELA/MÊS:	08/setembro	(X) PARCIAL/ANUAL () FINAL																												
TERMO DE FOMENTO Nº:	10/2021																															
PARCEIRO (OSC):	ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRECHE DOLORES QUEIROZ																															
CNPJ:	20.361.275/0001-68	PERÍODO:	01/09/2021	a	30/09/2021																											
VALOR TOTAL CELEBRADO:	R\$ 368.640,00																															
ANÁLISE TÉCNICA																																
A ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRECHE DOLORES QUEIROZ apresentou a documentação referente à Prestação de Contas da parcela do mês acima destacado embasada no Termo de Fomento firmado no ano de 2021, de forma regular, considerando que: 1. Repasse: R\$ 30.147,90 2. Provisão: R\$ 00,00 3. Gasto total: R\$ 29.426,85, 4. Gastos indevidos: A OSC não teve gastos indevidos na prestação de contas do mês em análise. 5. Gastos devidos: R\$ 29.426,85, incluso o valor de R\$441,07 relativo ao pagamento de seguro dos estagiários, recurso já provisionado pela OSC. 6. Recursos não gastos: Devolução aos cofres da Secretaria de Educação, R\$ 71,27 (funcionário+ encargo) R\$ 850,01(estagiárias) + R\$ 127,00 Recurso não gasto dos valores destinados ao seguro , totalizando R\$1.048,28 7. Saldo residual Provisionamento: R\$ 0,00 (fev) + R\$ 0,00(mar)+ R\$ 10.000,00 (abril) +R\$ 0,00 (maio) + R\$0,00 (junho)+ 4.000,00 (Julho), R\$00,00 (agosto), + R\$0,00 (setembro) totalizando R\$14.000,00. A OSC devolveu o valor reservado para pagamento de seguro de estagiários à conta da SME, conforme descrito no item de número 6. 1. Aplicação: Evolução rendimento de aplicação: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês</th> <th>FEV</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAI</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OUT</th> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>8,23</td> <td>24,56</td> <td>31,03</td> <td>50,62</td> <td>43,21</td> <td>43,66</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 2. Observação: A OSC tem um saldo de contas fixas no valor de R\$316,60, relativo ao mês de março, quando o gasto foi realizado de maneira indevida e o valor retornou à conta da OSC + um saldo de R\$ 240,84 de saldo de contas fixas que poderá ser utilizado para aquisição de materiais de limpeza e ou pedagógico, conforme consta no termo de fomento 10/2021, totalizando R\$ 557,44							Mês	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total	Valor	0,00	0,00	8,23	24,56	31,03	50,62	43,21	43,66				
Mês	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total																				
Valor	0,00	0,00	8,23	24,56	31,03	50,62	43,21	43,66																								
CONCLUSÃO FINAL – Foi possível concluir que a OSC comprovou a execução das metas estabelecidas na parceria e prestou contas de forma correta?																																
SIM (X)	REGULAR (x)																															
	REGULAR, COM RESSALVAS ()																															
NÃO ()	IRREGULAR ()																															
DATA DA ENTREGA PELA OSC:			01/10/2021																													
ASSINATURA:			 ROSANGELA MARIA COUTO MARQUES Gestora de Parceria - Matrícula nº 3343																													



Associação Servirás de Assistência Social
Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbras- CEP 37.904.308 – Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 – email: rodrigoeserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

DATA:

30/09/2021

ENCAMINHAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

PROCESSO:
____/2021

PRESTAÇÃO DE CONTAS
(X) PARCIAL () FINAL

PARCELA Nº: 08

SETEMBRO

TERMO DE FOMENTO Nº
010/2021
COMPETÊNCIA:
09/2021

NOME OSC: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CNPJ: 20.925.087/0001-15

ENDEREÇO: RUA CAMPOS GERAIS, 899

BAIRRO: COIMBRAS

OBJETO: REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DAS RECEITAS DO FUNDEB.

VALOR TOTAL: R\$ 30.147,90 (trinta mil, centos e quarenta e sete reais e noventa centavos).

TEL.:

(35) 4103-0056

PERÍODO DE
VIGÊNCIA:

01/09/2021

À

30/09/2021

Prezada Gestora: Rosângela Maria Couto Marques

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, valho-me do presente para em nome Associação Servirás de Assistência Social, com sede na Rua Campos Gerais, 899, inscrita no CNPJ sob o número 20.925.087/0001-15 encaminhar a prestação de contas do recurso público acompanhada de toda documentação pertinente conforme disposto nos Art. 66, incisos I e II, da Lei nº 13.019/2014.

Desde já, declaro que investimos os recursos conforme disposto no Plano de Trabalho e conforme estabelece a Lei nº 13.019/14 e Decreto Municipal nº 573/2017.

Coloco-me à disposição de V. Sa. Para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,

ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JAIRO ROBERTO DA SILVA
PRESIDENTE

Ilma. Sra : Rosângela Maria Couto Marques
Gestora da Parceria



Associação Servirás de Assistência Social
Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904.308 - Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

DATA:

30/09/2021

**1.EXECUÇÃO DE RECEITAS E DESPESAS
CONTA BANCÁRIA**

PROCESSO:
____/2021

PRESTAÇÃO DE CONTAS
(X) PARCIAL () FINAL

PARCELA Nº: 08

SETEMBRO

TERMO DE FOMENTO Nº
010/2021

COMPETÊNCIA: 09/2021

NOME OSC: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1.1 MOVIMENTAÇÃO BANCÁRIA

1.1 NOME DO BANCO:
Banco do Brasil

1.2 Nº DO BANCO:
001

1.3 Nº DA AGÊNCIA:
0194-5

1.4 Nº DA CONTA:
69.221-2

1.5 SALDO ANTERIOR:

R\$ 15.042,28 – Saldo

1.6. RECEITAS:

R\$ 30.147,90

1.7 DESPESA:

R\$ 29.426,85

1.8 SALDO APLICAÇÃO:

Abr/Mai/Jun/Jul/Ago
R\$ 201,36

Out
R\$

Nov
R\$

Dez
R\$

1.9.SALDO ATUAL / RESIDUAL (Detalhamento do Saldo)

**Recursos não gastos pela entidade
já devolvidos ao município**

R\$ 126,96 – Seguro contra Acidente Pessoais - Estagiárias;
R\$ 71,31 – Anexo I não utilizado;
R\$ 850,01 – Anexo II não utilizado
R\$ 1.048,28 - Total

Soma saldo residual

R\$ 1.048,28

SALDO TOTAL EM 30/09/2021

Recurso não gasto – Março
Saldo de Aplicação Acumulado
Provisionamento – Abril
Provisionamento – Julho
Recurso não gasto – Setembro

R\$ 316,60 – Devolução à conta da OSC para consumo/Mat. Pedag.;
R\$ 201,31 – Abril/Maio/Junho/Julho/Agosto/Setembro
R\$ 10.000,00 – Contingência para férias/13º salário/rescisões e encargos;
R\$ 4.000,00 – Contingência para férias e terço de férias;
R\$ 240,84 – Saldo "água/luz/telefone" ref. Setembro;
R\$ 14.758,75 – Total


ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JAIRO ROBERTO DA SILVA
PRESIDENTE



Consultas - Extrato de conta corrente

G3373008362208331
30/09/2021 08:42:44

Cliente - Conta atual

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL
Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/08/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
13/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	91.301	130,00 D	
				756 3122 015139128000108 MINAS FILTROS			
13/09/2021		0000	00000	855 88 RF Autom Empresa Simpl	5	130,00 C	0,00 C
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.601	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.602	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.603	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.604	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.605	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.606	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	91.607	63,01 D	
				BANCO DO BRASIL			
16/09/2021		0000	00000	855 88 RF Autom Empresa Simpl	5	441,07 C	0,00 C
20/09/2021		0194	99015	670 Transferência recebida	550.194.000.066.084	30.147,90 C	
				20/09 0194 66084-1 SME DE PASSOS			
20/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.001	273,20 D	
				756 3188 011042320000120 DEPOSITO NOSS			
20/09/2021		0000	13105	361 Pgto conta água	92.002	83,51 D	
				SAAE PASSOS			
20/09/2021		0000	13105	363 Pagto conta telefone	92.003	57,43 D	
				TIM S/A			
20/09/2021		0000	13105	144 PIX - Enviado	92.004	600,00 D	
				20/09 09 02 Nivaldo Saturnino de Olive			
20/09/2021		0000	00000	345 88 RF Autom Empresa Simpl	5	29.133,76 D	0,00 C
27/09/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.064.276	450,00 D	
				27/09 0194 64276-2 THALISON K O O			
27/09/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.068.100	500,00 D	
				27/09 0194 68100-8 MIRIA MARIA DE			
27/09/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.069.266	500,00 D	
				27/09 0194 69266-2 VIVIANE S C CA			
27/09/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.069.483	500,00 D	
				27/09 0194 69483-5 PRISCILA LUCIA			
27/09/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.069.486	500,00 D	
				27/09 0194 69485-1 MARIA EDUARDA			

30/09/2021 08:43

Banco do Brasil

27/09/2021	0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.069.489	383,33 D	
			27/09 0194 69489-4 LORENA C ERAO			
27/09/2021	0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.072.824	383,33 D	
			27/09 0194 72824-1 YASMIN COSTA R			
27/09/2021	0000	13134	250 Folha de Pagamento	1.870	17.262,93 D	
27/09/2021	0000	13105	375 Impostos	92.701	1.442,59 D	
			GPS - CODIGO DE BARRAS			
27/09/2021	0000	13105	375 Impostos	92.702	1.458,26 D	
			FGTS ARRECADACAO GRF			
27/09/2021	0000	13105	375 Impostos	92.703	22,86 D	
			RFB- DARE PRETO CALCULADO			
27/09/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.704	500,00 D	
			033 3235 012819110000169 CONTABILIDADE			
27/09/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.705	383,33 D	
			756 3172 13768710688 BEATRIZ GASPARDIN			
27/09/2021	0000	00000	855 88 RF Autom Empresa Simpl	5	24.326,62 C	0,00 C
28/09/2021	0000	14175	983 TED Devolvida	400.019	383,33 C	
			AG OU CNT DEST DO CRED INVAL			
28/09/2021	0194	99015	470 Transferência enviada	550.194.000.021.657	900,00 D	
			28/09 0194 21657-7 EMBALAGENS TRI			
28/09/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.801	383,33 D	
			341 3247 13768710688 BEATRIZ GASPARDIN			
28/09/2021	0000	00000	855 88 RF Autom Empresa Simpl	5	900,00 C	0,00 C
29/09/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.901	1.500,00 D	
			756 3172 002823346000115 PAPELARIA CON			
29/09/2021	0000	00000	855 88 RF Autom Empresa Simpl	5	1.500,00 C	0,00 C
30/09/2021	0194	00194	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	93.001	546,80 D	
			104 0141 001836890000139 SANDRA MOREIR			
30/09/2021	0000	00000	999 S A L D O		546,80 D	
Invest.com Reagete Autom.					16.917,97 C	
Saldo					16.371,17 C	
Juros *					0,00	
Data de Debito de Juros					30/09/2021	
IOF *					0,00	
Data de Debito de IOF					01/10/2021	
Saldo de fundos de investimento						
RF Aut Empresa Simpl					16.932,71	

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Consultas - Extrato de conta corrente

G3360511069069001
06/10/2021 11:08:15

Cliente - Conta atual

Agência 194-5
 Conta corrente 88221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL
 Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. Balanço	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/09/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
05/10/2021		0194	99015	470 Transferência enviada	558.194.000.066.084	1.048,28 D	
				05/10 0194 86084-1 SME DE PASSOS			
05/10/2021		0000	13105	362 Pagamento conta luz	100.501	568,22 D	
				CEMIG DISTRIBUICAO			
05/10/2021		0000	00000	855 BB RF Automatico Empresa	5	1.616,50 C	0,00 C
06/10/2021		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C
Invest.com Resgate Autom.							14.761,90 C
Saldo							14.761,90 C
Juros *							0,00
Data de Debito de Juros							29/10/2021
IOF *							0,00
Data de Debito de IOF							01/11/2021
Saldo de fundos de investimento							
RF Automático Empres							14.777,72

É simples e fácil atualizar o e-mail e telefone da sua empresa. Acesse o BB Digital PJ - Conta Corrente - Cadastro.

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO.



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome SME DE PASSOS - FEB
Agência 194-5
Conta corrente 66054-1
Valor 1.048,28
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

05/10/2021 14:28:03
05/10/2021 14:44:58

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

Devolução p/ PMP - Setembro

Recurso não gasto

P



Associação Servirás de Assistência Social
Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904.308 – Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 – email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

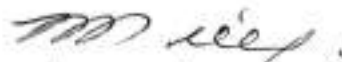
DATA:
30/09/2021

1.2 RELAÇÃO DE PAGAMENTOS

PROCESSO _____/2021	PRESTAÇÃO DE CONTAS () PARCIAL () FINAL		PARCELA Nº 08		TERMO DE FOMENTO Nº 010/2021 COMPETÊNCIA: 09/2021	
NOME OSC	ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL					
DATA COMPRA	CREDOR	NF/RECIBO	COMPROVANTE DE DESPESA		VALOR	
			OBJETO DA DESPESA	DATA PAGTO		
13/09/2021	MINAS FILTRO E REFRIG. EIRELI	NF 31.448	BEBEDOURO/MANUT.	13/09/2021	R\$	130,00
16/09/2021	BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA	91.601	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	LORENA CAROLINE ERAO ALVES	91.602	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	MARIA EDUARDA SILVA JULIO	91.603	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	MIRIÃ MARIA DE SIQUEIRA	91.604	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	PRISCILA LUCIA MACHADO	91.605	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	VIVIANE DOS SANTOS C. CARVALHO	91.606	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
16/09/2021	YASMIN COSTA RODRIGUES	91.607	SEGURO/ESTAGIÁRIA	16/09/2021	R\$	63,01
17/09/2021	DEPOSITO N SRA DE FATIMA EIRELI	NF 03.731	MANUTENÇÃO	17/09/2021	R\$	273,20
20/09/2021	SAAE	00969092021-1	AGUA/ESGOTO	20/09/2021	R\$	83,51
20/09/2021	TIM	4543555936	TELEFONE	20/09/2021	R\$	57,43
20/09/2021	NIVALDO SATURNINO DE OLIVEIRA	202101000003232	CONCERTO/MANUT.	20/09/2021	R\$	600,00
27/09/2021	THALISON KRISTIAN OLIVEIRA	202110000000004	CAIXA D'AGUA/MANUT.	27/09/2021	R\$	450,00
27/09/2021	MIRIÃ MARIA DE SIQUEIRA	550.194.000.064.276	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	500,00
27/09/2021	VIVIANE DOS SANTOS C. CARVALHO	550.194.000.068.100	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	500,00
27/09/2021	PRISCILA LUCIA MACHADO	550.194.000.069.266	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	500,00
27/09/2021	MARIA EDUARDA SILVA JULIO	550.194.000.069.483	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	500,00
27/09/2021	LORENA CAROLINE ERAO ALVES	550.194.000.069.489	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	383,33
27/09/2021	YASMIN COSTA RODRIGUES	550.194.000.072.824	PAGTO. ESTÁGIO	27/09/2021	R\$	383,33
27/09/2021	FOLHA DE PAGAMENTO	1870	SALÁRIOS	27/09/2021	R\$	17.262,93
27/09/2021	GPS	92.701	INSS	27/09/2021	R\$	1.442,59
27/09/2021	FGTS	92.702	FGTS	27/09/2021	R\$	1.498,26
27/09/2021	DARF	92.703	IRRF	27/09/2021	R\$	22,85
27/09/2021	CONTABILIDADE REAL	202110000000001	CONTABILIDADE	27/09/2021	R\$	500,00
28/09/2021	EMBALAGENS TRIPAS & CIA - EPP	NF 052.383	CONSUMO	28/09/2021	R\$	900,00
28/09/2021	BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA	92.801	PAGTO. ESTÁGIO	28/09/2021	R\$	383,33
29/09/2021	PAPELARIA CONTÁBIL LTDA ME	NF 09.970	MAT. PEDAGÓGICOS	29/09/2021	R\$	1.500,00
30/09/2021	SANDRA MOREIRA SIMAS SILVA	NF 0.444	TELAS/MANUTENÇÃO	30/09/2021	R\$	546,80
05/10/2021	CEMIG	100.501	LUZ/ENERGIA	05/10/2021	R\$	568,22
TOTAL						R\$ 29.426,85

JUSTIFICATIVA

- 1 - Neste mês de setembro, do recurso destinado ao "Pagamento de estagiárias - Anexo II" do valor de R\$ 4.000,00 disponíveis, foi executado o montante de R\$ 3.149,99. Portanto a diferença de **R\$ 850,01** foi devolvida pra a PMP. O montante executado de R\$ 3.149,99 se refere à 7 estagiárias, sendo que 3 delas começaram o estágio dia 08/09, estagiando então 23 dias e as 4 restantes estagiaram o mês todo. O pagamento parcial foi calculado em 500,00 divididos por 30 dias e o resultado multiplicado pelos 23 dias de estágio, vezes as 3 estagiárias ($500/30 \times 23 \times 3 = 1.149,99 + 2.000,00 = 3.149,99$);
- 2 - Neste mês de setembro foi efetuado o pagamento das apólices de "seguro contra acidentes pessoais" para as sete estagiárias da Servirás. Do valor, retido na conta da Associação, de R\$ 568,03 destinado para esse pagamento foi efetuado o gasto de R\$ 441,07, portanto uma diferença de **R\$ 126,96** menor e que foi devolvida para a PMP;
- 3 - Neste mês de setembro, tivemos o incremento de mais uma colaboradora na Associação, portanto do recurso destinado ao "Pagamento de funcionário e encargos - Anexo I" do valor de R\$ 20.297,90 disponíveis, foi executado o montante de R\$ 20.256,29. Portanto a diferença de **R\$ 71,31** foi devolvida para a PMP;
- 4 - A soma total de "Recurso não gasto" no mês de setembro foi de **R\$ 1.048,28** ($R\$ 850,01 + R\$ 126,96 + R\$ 71,31$) e foi devolvido para a PMP;
- 5 - A conta de energia da Cemig no mês de setembro teve atraso em seu lançamento, por parte da própria Cemig, como pode ser verificado no campo "data de emissão". A emissão desta fatura foi feita no dia 04/10 e disponibilizada no site "cemig atende" somente no dia 05/10, momento que baixamos sua segunda via e que efetuamos o pagamento então;
- 6 - Devido ao atraso na emissão da conta da Cemig em setembro, não foi possível aproveitar o saldo residual da rubrica "contas de água, luz e telefone" que ficou em **R\$ 240,84** para os gastos com consumo em materiais de saúde, que todos os meses podemos fazer. Portanto, mantivemos o saldo em conta para o aproveitamento no mês de outubro, conforme orientação da gestora da parceria.



ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JAIRO ROBERTO DA SILVA
PRESIDENTE

EMPRESA DE MINAS FILTROS E REFRIGERAÇÃO SIRELLI		OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO		NF-e																							
DATA DE EMISSÃO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO EMISSOR ASSOCIAÇÃO SERVIDAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		Nº. 31.448 SÉRIE 1																							
RUA DOUTOR CARVALHO, 567 CENTRO PASSOS - MG Telefone: (31) 30000000 CEP: 37.904-308		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 1 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 31.448 SÉRIE 1 FL. 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3121 0915 1391 2800 0108 5500 1000 0314 4812 9344 1993 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AUTORIZADORA																							
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 131214333733681 10/09/2021 10:33:27																									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0019241790040		DOCT. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 15.139.128/0001-08																							
DESTINATÁRIO/EMITENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO SERVIDAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		CNPJ/CPF 20.925.087/0001-15		DATA DA EMISSÃO 10/09/2021																							
ENDEREÇO RUA CAMPOS GERAIS, 899		BAIRRO/DISTRITO COIMBRAS		CEP 37.904-308																							
MUNICÍPIO PASSOS		UF MG		INSCRIÇÃO ESTADUAL 10:33:13																							
FATURA/DUPLICATA																											
<table border="1"> <tr> <td>Valor</td> <td>Qtd</td> <td>Valor</td> <td>Qtd</td> <td>Valor</td> <td>Qtd</td> </tr> <tr> <td>130,00</td> <td>1</td> <td>130,00</td> <td>1</td> <td>130,00</td> <td>1</td> </tr> </table>						Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	130,00	1	130,00	1	130,00	1										
Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd																						
130,00	1	130,00	1	130,00	1																						
CÁLCULO DO IMPOSTO																											
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 130,00																							
VALOR DA FRETE 0,00		VALOR DO Seguro 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 130,00																							
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00																							
TRANSPORTADORA/VOLUMES TRANSPORTADOS																											
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 1 - TERCEIROS 2 - SEM FRETE		LQR. ANTE PLACA VEÍCULO UF CNPJ/CPF																							
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF INSCRIÇÃO ESTADUAL																							
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA																							
NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO																							
DADOS DO PRODUTO/Serviço																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CDIGO DESCRICAO DOS PRODUTOS-SERVICOS</th> <th>NCM/E</th> <th>CLASSIFICACAO</th> <th>UNID.</th> <th>QTD.</th> <th>VALOR UNID.</th> <th>VALOR TOTAL E CALC. ICMS</th> <th>VALOR ICMS</th> <th>VALOR DE</th> <th>ICMS</th> <th>% IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4907 RUPUL 2.7M L</td> <td>84717100</td> <td>0400 5102</td> <td>UN</td> <td>1,000</td> <td>130,000</td> <td>130,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						CDIGO DESCRICAO DOS PRODUTOS-SERVICOS	NCM/E	CLASSIFICACAO	UNID.	QTD.	VALOR UNID.	VALOR TOTAL E CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR DE	ICMS	% IPI	4907 RUPUL 2.7M L	84717100	0400 5102	UN	1,000	130,000	130,00				
CDIGO DESCRICAO DOS PRODUTOS-SERVICOS	NCM/E	CLASSIFICACAO	UNID.	QTD.	VALOR UNID.	VALOR TOTAL E CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR DE	ICMS	% IPI																	
4907 RUPUL 2.7M L	84717100	0400 5102	UN	1,000	130,000	130,00																					
CÁLCULO DO ISSQN																											
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00																							
VALOR DO ISSQN		0,00																									
DADOS ADICIONAIS																											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES																											
BANCO ITAU-MG 8828 CC 31143-5 / CONSIGNAMENTO PARA USUÁRIO E CONSUMO ATIVO INDEBILIZADO, DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EMPREENDEDORE PELO SINGELAS NACIONAL, NÃO GERA DIREITO CREDITO FISCAL DE IPI, PERMITE A UTILIZAÇÃO DE CREDITO DE ICMS NO VALOR DE R\$ _____ CORRESPONDENTE A ALÍQUOTA DE ____% CONFORME A LC 123.																											
RESERVA ADICIONA																											



DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL

Creditado

Banco 756 BANCO SICOOB S.A.
Agência (sem DV) 3122 SICOOB RURALCREDI
Conta corrente (com DV) 8355100
CNPJ 15.139.128/0001-08
Nome favorecido MINAS FILTROS E REFRIGERACAO EIRELI
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES
Número documento 31.301
Valor 130,00
Destinação 0
Data transferência 13/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB 2472A25957F98471

Assinado por	J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO	13/09/2021 15:05:03
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	13/09/2021 15:06:29

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Minas
filtro

MINAS FILTRO E REFRIGERACAO EIRELI ME
VENDAS E ASSISTENCIA TECNICA

www.minasfiltro.com.br

comercial@minasfiltro.com.br

Tel/Fax: (35) 3526-9355 Cel: (35) 9975-2624

R: DR CARVALHO, 567 - NOVO HORIZONTE - 37901-508 - PASSOS - MG

Data:	09/09/2021	Proposta Nº:	0000801
Cliente:	ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL		
Endereço:	RUA CAMPOS GERAIS, 899		
Cidade:	Passos	Bairro:	COIMBRAS
Telefones:	35-3522-2310	35-98845-2198 OI	35-99971-0864 RODRIG
Referência:	ORÇAMENTO		

Prezado(a) Senhor(a), conforme solicitado estamos enviando nossa proposta acima citada.

EQUIPAMENTOS

Qtde	Equipamento	Vir Unitário	Vir Total
000001	REFIL 2 EM 1 SOFT	130,00	130,00
Total Equipamentos:			130,00

Total Geral da Proposta..... 130,00

Observações:

REFIL 2 EM 1 SOFT EVEREST

CONDIÇÕES GERAIS:

- Pagamento: A VISTA
- Prazo de Entrega: Imediato.
- Validade da Proposta: 10 dias.
- Garantia do Equipamento: 3 MESES
- Garantia dos Serviços: 3 meses da partir a data de instalação.
- Impostos: Inclusos.
- Marca: Soft by Everest.
- Frete: sem frete

Atenciosamente,

Liliane Andrade Hadad

LILIANE ANDRADE HADAD

CONSULTORA DE VENDAS (35) 3526-9355

15-30



Mococa Filtro

MOCOCA FILTRO 160/21

ORCAMENTO

CLIENTE :ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTENCIA SOCIAL
MODELO: REFIL 2 EM 1 SOFT

CARACTERISTICAS: REFIL 2 EM 1 PARA PURIFICADORES DA MARCA SOFT EVEREST

VALOR UNITARIO: 135,00

QUANTIDADE: 1

TOTAL: 135,00

ELABORAÇÃO: Davi Somaggio
Eng. Eletronico.

MOCOCA, 09/09/2021

MOCOCA FILTRO 19-3656-4698 / 9.8394-2079
R. VISCONDE DO RIO BRANCO, 750
CENTRO MOCOCA - SP.

167 250.779/0004-63
BRUNO AP/PECTO
SOMAGGIO - ME

R. VISCONDE DO RIO BRANCO, 750
CENTRO - CEP 13.260-000
MOCOCA-SP

R. VISCONDE DO RIO BRANCO, 750
CENTRO - CEP 13.260-000
MOCOCA-SP

100

P



Rua Dr. Carvalho, 860 - Centro
CEP: 37.900-100 - Passos - MG
Fone: (35) 3529-8200
www.casadoencanadornet.com

Orçamento

Cliente: Associação Serviras de Assistencia Social

01 - Refil Soft R\$ 140,00

Total..... R\$ 140,00

Entregar com 30 dias.

Passos, 09 de setembro de 2021.

Atenciosamente:


Silvio Antonio Gersant Freire.

[86.658.531/0001-91]

CASA DO ENCANADOR
DE PASSOS LTDA.

RUA DR. CARVALHO, 860
BELO HORIZONTE - CEP 37900-100
PASSOS/MG



DATA DE RECEBIMENTO

CERTIFICADO E ASSINATURA DO RECEBIDOR

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal EletrônicaCódigo 0
Série 1

1

Nº 000.003.731
SÉRIE 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE GERAL

DEPOSITO MOSSA SENHORA DE FATIMA BREL
RUA COMBRAS, nº 740
COIMBRAS-PASSOS-MG
FONE: (35) 3522-1005-020/ 30.984-018

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTEÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE NOTA

131214344238181 17/09/2021 11:01:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0013379830003

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO DOTAÇÃO FISCAL

CNPJ

11.042.320/0001-20

INSCRIÇÃO DE ATRIBUIÇÃO DA NOTA FISCAL

3121 8911 9423 2006 3126 5500 1000 9037 3118 3621 1988

DESTINATÁRIO/REMETENTE

ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL

CNPJ 20.925.087/0001-15

DATA DE EMISSÃO
17/09/2021ENDEREÇO
CAMPOS GERAIS, 899CÓDIGO DE BARRAS
COIMBRAS

CNPJ 37.900-000

DATA DE VALIDAÇÃO
17/09/2021CÓDIGO
PASSOSFORMA DE PAGAMENTO
3535222310UF
MGINSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTOHORA DE EMISSÃO
10:58:11

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS
0,00	0,00	0,00	0,00	273,20
VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	OUTROS DEBITOS FISCIS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	273,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
0 - Emitente									
ENDEREÇO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNIDADE	QUANTIDADE	UNIDADE
0									

DADOS DOS PRODUTOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CFOP	UNID	QTD	VAL UNITÁRIO	VAL TOTAL	ICMS	VAL ICMS	VAL IPI	VAL IPI	VAL IPI	VAL IPI
425	PARAFUSO 5/16 X 110 MM	73181000	000	5.403	UN	10,0000	1,600000	16,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00
679	SILICONE 270 G	35091090	000	5.403	UN	1,0000	19,000000	19,00	9,50	0,00	0,00	0,00	0,00
3655	TELHA INFERIA 2.40X1.10 5MM	38115200	000	5.403	UN	4,0000	56,500000	226,00	113,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2171	TUBO DE LIGAÇÃO PVC SANF BRANCO	38179090	000	5.403	UN	1,0000	12,200000	12,20	6,10	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO ESTADUAL	VALOR TOTAL DO SERVIÇO	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
--------------------	------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO DOTAÇÃO FISCAL
Valor Aprox Tributos R\$ 37,34 Federal R\$ 8,50 Estadual R\$ 0,80 Municipal Fonte: IBPT

RESERVAÇÃO AO FISCAL



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL

Creditado

Banco 766 BANCO SICCOB S.A.
Agência (sem DV) 3188 CREDITRUS
Conta corrente (com DV) 3642437
CNPJ 11.042.320/0001-20
Nome favorecido DEPOSITO NOSSA SENHORA DE FATIMA EIRELI
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES
Número documento 92.001
Valor 273,20
Destinação 0
Data transferência 20/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SiSB9 C7B9875A65731600

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

20/09/2021 08:47:04
20/09/2021 08:56:54

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.

DEPOSITO NOSSA SENHORA DE FATIMA EIRELI

RUA COIMBRAS, 740 - COIMBRAS - PASSOS - MG

FONE: 3535227005

NUMERO: 286828 DATA: 16/09/2021 VENDEDOR: THALISSI MOREIRA ASSIS

TIPO: Orçamento SUB-TIPO: Pedido

CLIENTE: 37337 EMAIL: rodriaserviras@gmail.com

RG/I.E.: ISENT0

NOME: ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL

CNPJ/CPF: 20925087000115

RAZÃO: ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL

FONE: (35)3522-2310 Fone2: (35)99971-0864 Fax: () -

ENDEREÇO: CAMPOS GERAIS, 899

BAIRRO: COIMBRAS

CIDADE: PASSOS

UF: MG CEP: 37900000

CÓDIGO	REFERÊNCIA	UN - DESCRIÇÃO	MARCA	Grade	QTDE	PREÇO	Total
426		UN - PARAFUSO 5/16 X 110 MM TELHA			10,00	1,600	16,00
679		UN - SILICONE 270 G			1,00	19,000	19,00
3.699		UN - TELHA INFIBRA 2,44X1,10 5MM			4,00	56,500	226,00
2.171		UN - TUBO DE LIGACAO PVC SANF BRANCO			1,00	12,200	12,20

FORMA DE PAGAMENTO:

DINHEIRO => Condição: A VISTA => Valor: 273,20

Carteira: NOTINHA

VENCIMENTO VALOR

16/09/2021 273,20

Itens:

4

Total Qtde:

16.0

Total:

273,20

Ass.:

ENTREGUE:

11.042.320/0001-20

DEPOSITO NOSSA SENHORA
DE FÁTIMA EIRELIRUA COIMBRAS, 740
COIMBRAS - CEP 37904-278
PASSOS/MG

Thalissi Moreira Assis

BIANCHI UTILIDADES CONSTRUCAO E LAZER LTI

AV DONA LIQUINHA SILVEIRA, 1230 - COHAB - PASSOS/MG - 37903064 - (35)35221786

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDA - ORÇAMENTO

NAO E DOCUMENTO FISCAL - NAO E VALIDO COMO GARANTIA DE MERCADORIA

N. do Documento: 0000104 - 16/09/2021 - 17:01 pag. 1/1

CLIENTE: 000115-ASSOCIACAO SERVIRAS DE ASSINTENCIA CPF/CGC:

END.: CAMPOS GRAIS, 899

- COIMBRAS

INSC:

CIDADE: Passos

ESTADO: MG CEP:

FONE: 99971-0864

COND. PAGTO.:

CODIGO	QUANT	UN	DESCRIÇÃO	PREÇO	TOTAL
03540	4.000	un	TELHA ECONOFLEX 1,10x5MMx2,44 INFIBRA	59.90	239.60
03102	1.000	un	SILICONE ACETICO TRANSPARENTE 260G GE	16.00	16.00
00239	10.000	un	PARAF TELHA SEXT. COMPLETO 5/16"x110MM	1.00	10.00
00410	1.000	un	TUBO LIGACAO BRANCO P/VASO FLEX.BLUKIT	11.50	11.50

134.046.807/0001 971

BIANCHI UTILIDADES LTI

AV. DONA LIQUINHA SILVEIRA, 1230
COHAB - PASSOS/MG - 37903064

TOTAL GERAL : 277.10

VENDEDOR: 05-THALLES

Obs.: ORÇAMENTO

P

**D&C - DEPOSITO COIMBRA**

RUA COIMBRA, 720 - COIMBRA - PASSOS - MG
CNPJ: 24280317000197 I.E: 0027133990024
FONE: 3535227005

NÚMERO: **238081** DATA: 16/09/2021 VENDEDOR: **BRENDA ALVES BARROS DA SILVA**
TIPO: **Orçamento** SUB-TIPO: Pedido RG/I.E.: ISENT0
CLIENTE: **37337** EMAIL: CNPJ/CPF: **20925087000115**
NOME: **ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL**
RAZÃO: **ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL**
FONE: 3522-2310 Fone2: RODRIGO 99971-0864 Fax:
ENDEREÇO: CAMPOS GERAIS, 899 BAIRRO: COIMBRAS
CIDADE: PASSOS UF: MG CEP: 37900000

CÓDIGO	REFERÊNCIA	UN - DESCRIÇÃO	MARCA	QTDE	PREÇO	Total
426		UN - PARAFUSO 5/16 X 110 MM TELHA		10,00	2,00	20,00
679		UN - SILICONE 270 G		1,00	23,00	23,00
3.699		UN - TELHA INFIBRA 2,44X1,10 5MM		4,00	59,90	239,60
2.171		UN - TUBO DE LIGACÃO PVC SANF BRANCO		1,00	15,50	15,50

FORMA DE PAGAMENTO:

DINHEIRO => Condição: A VISTA => Valor: 298,10
Carteira: NOTINHA

VENCIMENTO VALOR

16/09/2021 298,10

Itens:

4

Total Qtde:

16.0

Total:

298,10

OBS.:

Ass.:

ENTREGUE:

Nome:

[24.280.317/0001-97]

COIMBRAS MATERIAIS PARA
CONSTRUÇÃO EIRELI - ME

RUA COIMBRAS 720
COIMBRAS - CEP 37904-278
PASSOS/MG

Julia Gabriela Soares Tardella

P

**SERVICO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO**

ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO DE 2011/2016
Praça São Manoel, 131 - Centro - CEP: 37904-308 - Fone: (31) 3129-4333
FAX: (31) 3129-4333 - E-mail: contato@saae.org.br - Site: www.saae.org.br

FATURA DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SERVICO DE RECUPERACAO E ASSISTENCIA SOC		MES/ANO: 09/2021	
RUA CAMPOS GERAIS, 899		NR. COTA:	
37904-308, NOSSA SRA. DE FATIMA PASSOS-MG		00969092021-1	
ROTA: A-16-160		CATEGORIA/QTDE	
LIGACAO: 269-6 ID. ELETRO: 6109050RA		1-PUB:	
DESCRICAO		VALOR	
TARIFA FIXA DE AGUA		12,41	
TARIFA FIXA DE ESGOTO		6,21	
TARIFA DE AGUA		43,26	
TARIFA DE ESGOTO		21,63	
DATA LEITURA ANTERIOR		DATA LEITURA ATUAL	
03/08/2021		02/09/2021	
VENCIMENTO		VALOR A PAGAR	
20/10/2021		R\$ 83,51	
LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO REAL	CONG. FATORADO
1967 m3	1990 m3	23 m3	23 m3
MÉDIA		MÉDIA	
1967 m3		1990 m3	
PROL. LEITURA		PROL. LEITURA	
Y16G3R3336		02/10/2021	
OCORRÊNCIAS			
MÊS DOS ÚLTIMOS 12 MÊSES			
MES	CONSUMO	MES	CONSUMO
08/2021	10	07/2021	1
07/2021	25	06/2021	5
06/2021	10	05/2021	9
05/2021	7	04/2021	8
04/2021	9	03/2021	5
03/2021	11	02/2021	11
PERÍODO DE ANÁLISE			
01/07/2021 a 31/07/2021			
PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR LIMITE
PH	-	6,0 a 9,5	479
Cloro Livre	mg/l	0,2 a 2,0	479
Cor	UNT	15	479
Turbidez	UNT	5,0	479
Fluor	mg/l	1,5	389
Coliformes T	Presença	5%	107

FATURA AUTOMÁTICA DO MÊS - SERVIÇOS DO SUPRIMENTO

ENTRADA: 02/09/2021, 08:35

SERVICO DE RECUPERACAO E ASSISTENCIA SOC
RUA CAMPOS GERAIS, 899
37904-308, NOSSA SRA. DE FATIMA PASSOS-MG
ROTA: A-16-160

MES/ANO: 09/2021
NR. COTA:
00969092021-1
CATEGORIA/QTDE

LIGACAO: 269-6 ID. ELETRO: 6109050RA

1-PUB:

VENCIMENTO
20/10/2021VALOR A PAGAR
R\$ 83,51

82630000000-0 83510085202-8 11020000000-5 09690920211-9





Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/09/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.59.59
0194500194

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 194-5 CONTA: 69.221-2
EFETUADO POR: JAIRO ROBERTO SILVA
=====

Convenio SAAE PASSOS	
Codigo de Barras	82680000000-0 83510085202-8
	11820000000-5 09690920211-9
Data do pagamento	20/09/2021
Valor em Dinheiro	83,51
Valor em Cheque	0,00
Valor Total	83,51

=====

DOCUMENTO: 092002
AUTENTICACAO SISBB:
9.6E5.571.F87.D12.560

Assinada por J7584056 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA

20/09/2021 08:54:33

20/09/2021 09:00:00

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA

TIM S.A.
Rua Aquiles Lobo, 478
Floresta - Belo Horizonte - MG
CNPJ: 02.425.421/0001-84 - IE: 06/055220.00-33
CNPJ do Mercado: 02.425.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 57,43

VENCIMENTO

10/09/2021

EMIÇÃO: 19/08/2021

POSTAGEM: 30/08/2021



CTCE BELO HORIZONTE MG PL14
ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTÊNCIA SOCIA
RUA CAMPOS GERAIS 899
COIMBRAS
37904-308 - PASSOS - MG

FATURA DE PAGAMENTO: 4543555936
REF: AGO/21 PERÍODO 19/07/21 a 18/08/21
CPF/CNPJ: 20925087000115
CLIENTE: 7.1565967.10
DÉB. AUTOMÁTICO: 00000009115355195015



7214049716 17003 00000007122 30 300821



IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/9naodigito.

Nosso atendimento: *144 do seu TIM ou 10341 de qualquer telefone.



DÉBITO AUTOMÁTICO

Cadastre sua conta no débito automático de seu banco utilizando o número de identificação neste boleto.



CONTA DIGITAL TIM (WWW.MEUTIM.COM.BR)

- Baixar e imprimir 2ª Via de Conta
- Realizar pagamentos online
- Alterar data de vencimento
- Visualizar contas dos últimos meses
- Acessar gráficos avançados



Consulte e imprima a 2ª via de sua fatura no dia exclusivo do site www.tim.com.br

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ASSOCIAÇÃO SERVIRAS DE ASSISTÊNCIA SOCIA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
000000091153551950-15

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2021

DATA DE EMISSÃO
19/08/2021

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2021

VALOR
R\$ 57,43

84680000000 - 8 57430109011 - 8 00454355593 - 4 6015355195 - 2



20210819 TIM - 11 - BR - 1V - EP - 1931 - A0847
PLD - QIMP TIM - AUDIT - 84767122 - PAG - CLIENTE 1119 - PAG - SPQOL 001/07/2020



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
20/09/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 09.00.52
0194500194

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 194-5 CONTA: 69.221-2
EFETUADO POR: JAIR ROBERTO SILVA

Convenio TIM S/A
Codigo de Barras 8468000000-8 57430100011-8
00454355593-4 60115355195-2
Data do pagamento 20/09/2021
Valor Total 57,43

DOCUMENTO: 092003
AUTENTICACAO SISBB:
B.EBF.DAE.7F4.061.67C

Assinada por	J7584065 ELSON SANTOS DO CARMO	20/09/2021 08:55:30
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	20/09/2021 09:00:52

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS**

Secretaria Municipal de Fazenda
Departamento de Rendas e Fiscalização
PC GERALDO DA SILVA MAIA, 175 - CENTRO
Passos - MG - 37900086

Nota: 2021010
00003232

Código Verificação
D9CCBE17A

Código QR

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS AVULSA - NFeSA**

Data e Hora de Emissão: 17/09/2021 - 10:22 hs
Município de Prestação: Passos - MG
Natureza da Operação: Tributação no município

Período de Competência: 09/2021
Reg. Especial Tributação: Nenhum

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: NIVALDO SATURNINO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 004.510.686-02

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal:

Email: mikebaixo@gmail.com

Fone/Fax: (35) 99806-1956

Inscrição Estadual:

Incentivador Cultural: Não

Simples Nacional: Não

MEI: Não

Endereço: RUA JOAO OZORIO PROENA, 118, CASA - RECANTO DA TEKA - CEP: 37.901-358 - Passos - MG

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIACAO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL

CPF/CNPJ: 20.925.087/0001-15

Nome Fantasia: ASSOCIACAO SERVIRAS DE ASSISTENCIA SOCIAL

Inscrição Municipal:

Email: rodrigosserviras@gmail.com

Fone/Fax:

Inscrição Estadual:

Endereço: RUA CAMPOS GERAIS, 899 - Colimbras - CEP: 37.904-308 - Passos - MG

DADOS COMPLEMENTARES

Código de Serviço: 17.04 - Recrutamento, agenciamento, seleção e colocação de mão-de-obra

CNAE:

Intermediário:

Inscrição Municipal:

Construção Civil - Outras: ART:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço de substituição de telhas quebradas e fixação de telhas soltas, manutenção nos sanitários, manutenção na área de serviço (engates de máquina de lavar e tanquinho), limpeza dos ventiladores, ajuste de portas, entre outros...

OBSERVAÇÕES: Autorizo o pagamento para o PIX: 08451868602

ou depósito em conta para:
Toni Carvalho de Andrade - CPF: 032.344.266-86
Banco: Sicoob
Ag. 3171
CC. 110931-6

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS = R\$ 600,00

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor Líquido (R\$)
0,00	0,00	0,00	600,00	3,00000	600,00
		ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)		
		18,00	0,00		

OUTRAS INFORMAÇÕES

A autenticidade desta NFeS pode ser verificada no site <https://passos-mg.issintegra.com.br/>.
Esta NFeA foi emitida com respaldo na Lei Nº 1722/1989 e Lei Nº 31/2007 no Decreto Nº 1981/2020

Quem vai receber?

Nivaldo Saturnino de Oliv
N...510.686-...

Valor a ser pagoInstituição
R\$ 600,00 MERCADO PAGO

Forma de pagamentoChave Pix
Conta corrente 00451068602

Data do Pagamento
20/09/2021

Descrição

Assinatura realizada com sucesso!





QUERO

Contas

Mensagens

PAGAMENTOS



004476

ASSOCIACAO SERVIDES DE ASSISTENC...

Agência 194-5
194-5 | 69225-2

MATERIAL



1 A confirmação deverá ser efetuada em até 1h30, conforme regra de expiração do Bacen.



2 A confirmação deverá ser efetuada em até 1h30, conforme regra de expiração do Bacen.

[← Home / PIX](#)

Resumo do Pagamento



Associação Servires de Assistência Social

PAGAMENTO ENVIADO PARA

Ag. 194-5 | Cc. 69225-2 | CNPJ 20.925.087/0001-15



Nome

CPF

Instituição

Chave Pix

Rafaelo Saturnino de Oliveira

***.510.686-**

Mercado Pago

004.510.686-02



Valor

Tarifa

Pagar com

Pagar em

R\$ 600,00

R\$ 0,00

Conta corrente

20/09/2021



Comentário

Manutenção Predial e de Instalações



Status



Aguardando assinatura



ID da operação E0000000020210920115037242510347

20/09/2021 • 08:51:18



* A confirmação deverá ser efetuada em até 1h30, conforme regra de expiração do Bacen.



* Em caso de dúvidas, entre em contato com o BB através dos telefones: para capitais e regiões metropolitanas 4004 0001, para demais localidades 0800 729 0001 de nosso site www.bb.com.br. Não se esqueça de ter em mãos o número do ID de sua operação.



MOVIMENTAÇÕES PIX

NOVO PAG.

Suporte Técnico (capitais e regiões metropolitanas)
4004-0001

Suporte Técnico (demais regiões)
0800-729-0001

SAC
0800 729 0722



Classificação

Banco do Brasil

[Mapa do Site](#) | [Segurança](#) | [Ética e Integridade](#) | [Políticas de uso e Privacidade](#)

ORÇAMENTO – MANUTENÇÃO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Manutenção e limpeza de ventiladores, troca de telhas quebradas, manutenção de torneiras e encanamentos, trocas de mangueiras máquina de lavar e tanquinho, pias e sanitários, etc.

VALOR: **R\$ 600,00 reais**

PINTOR/EMPRESA: NIVALDO SATURNINO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 004.510.686-02

ENDEREÇO: R. João Ozório Proença, 118 – Bairro Recanto da Teca

CONTATO: 9.9806-1956


ASSINATURA

DATA: 07/09/2021



ORÇAMENTO – MANUTENÇÃO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Manutenção e limpeza de ventiladores, troca de telhas quebradas, manutenção de torneiras e encanamentos, trocas de mangueiras máquina de lavar e tanquinho, pias e sanitários, etc.

VALOR: **R\$ 640,00 reais**

PINTOR: **JOÃO PAULO CORDEIRO**

CPF/CNPJ: 327.530.168-36

ENDEREÇO: R. Felix Calixto Barbosa – Bairro: Penha 2

CONTATO: (35) 9.8434-2094


ASSINATURA

DATA: 06/09/2021



ORÇAMENTO – MANUTENÇÃO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Manutenção e limpeza de ventiladores, troca de telhas quebradas, manutenção de torneiras e encanamentos, trocas de mangueiras máquina de lavar e tanquinho, pias e sanitários, etc.

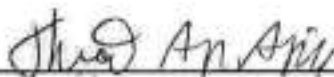
VALOR: **R\$ 650,00 reais**

PINTOR: THIAGO APARECIDO AJEJE

CPF/CNPJ: 028.858.946-14

ENDEREÇO: R. Ver. Luiz Patti, 81 – Bairro Cohab IV

CONTATO: (35) 9.8854-5777



ASSINATURA

DATA: 07/09/2021



**MUNICÍPIO DE PASSOS**

Secretaria Municipal de Fazenda

Departamento de Rendas e Fiscalização - Praça Geraldo da Silva Maia, nº 175 - Centro - CEP: 37.900-096 Fone: (35) 3521-6812

Nota: 2021100

00000004

Código Verificação

NOT6-QL17

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**Emissão (Horário de Brasília)
27/09/2021 12:16:31Período de Competência
09/2021Município de Prestação do Serviço
Passos - MGReg. Especial Tributação
Microempresário Individual (MEI)Exigibilidade do ISS
Exigível em Passos**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

THALISON KRISTIAN OLIVEIRA 06478708608

Nome Fantasia

THALISON KRISTIAN OLIVEIRA

Email

andmaia46@hotmail.com

CPF/CNPJ

13.167.552/0001-30

Inscrição Municipal

18300

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Sim

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(35) 99830-7150

Endereço

Rua São Francisco de Assis, 282, Santa Terezinha - CEP: 37902-072 - Passos - MG

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

Associação Servirás de Assistência Social

CPF/CNPJ

20.925.087/0001-15

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

(35) 99971-0864

E-mail

rodrigoasevras@gmail.com

Endereço

RUA CAMPOS GERAIS, 899, Coimbra - CEP: 37904-308 - Passos - MG

SERVIÇO PRESTADO

0711 - Decoração e jardinagem, inclusive corte e poda de árvores. CNAE: 8130300

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Limpeza de 03 (três) caixas d'água da associação

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

PASEP (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)

450,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incidido (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota (%)

ISS (R\$)

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

450,00

Valor Total da Nota (R\$)

450,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Simples Nacional MEI.

Trib. aprox. R\$ 60,52 Federal e R\$ 13,77 Municipal. Fonte: IBPT [2BCEA2]

Visualizado em: 27/09/2021 13:34:36

Para validação desta NFS-e acesse: <https://passosmg.net.br/externa/nfsa/validar>



Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome THALISON K Q 06478708606
Agência 194-5
Conta corrente 64276-2
Valor 450,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:03:44
27/09/2021 15:11:28

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.

ORÇAMENTO – LIMPEZA CAIXA D'ÁGUA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Limpeza de 03 (três) caixas d'água da Associação.

VALOR: **R\$ 450,00 reais**

PRESTADOR/EMPRESA: THALISON KRISTIAN OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 13.167.552/0001-30

ENDEREÇO: R. São Francisco de Assis, 282 – Bairro Sta. Teresinha

CONTATO: 9.9830-7150


ASSINATURA

DATA: 13/09/2021



ORÇAMENTO – LIMPEZA CAIXA D'ÁGUA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Limpeza de 03 (três) caixas d'água da Associação.

VALOR: **R\$ 470,00 reais**

PRESTADOR/EMPRESA: JOÃO PAULO CORDEIRO

CPF/CNPJ: 327.530.168-36

ENDEREÇO: R. Felix Calixto Barbosa – Bairro: Penha 2

CONTATO: (35) 9.8434-2094


ASSINATURA

DATA: 13/09/2021



ORÇAMENTO – LIMPEZA CAIXA D'ÁGUA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

- Manutenção e limpeza de ventiladores, troca de telhas quebradas, manutenção de torneiras e encanamentos, trocas de mangueiras máquina de lavar e tanquinho, pias e sanitários, etc.

VALOR: **R\$ 480,00 reais**

PRESTADOR/EMPRESA: THIAGO APARECIDO AJEJE

CPF/CNPJ: 028.858.946-14

ENDEREÇO: R. Ver. Luiz Patti, 81 – Bairro Cohab IV

CONTATO: (35) 9.8854-5777



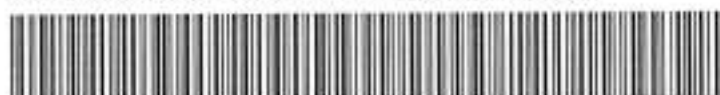
ASSINATURA

DATA: 14/09/2021



 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS		3-CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4-COMPETÊNCIA	09/2021
		5-IDENTIFICADOR	20.925.087/0001-15
1-NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO ASSOCIAÇÃO SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL Rua CAMPOS GERAIS, 899 COIMBRAS 37904308 PASSOS - MG 3535216299		6-VALOR DO INSS	1.442,59
		7-	
		8-	
2-VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/10/2021	9-VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização da GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10-ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11-TOTAL	1.442,59
12-AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

85830000014-9 42590270230-1 52092508700-5 01152021097-8



Corte aqui

 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - MPAS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS		3-CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4-COMPETÊNCIA	09/2021
		5-IDENTIFICADOR	20.925.087/0001-15
1-NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO ASSOCIAÇÃO SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL Rua CAMPOS GERAIS, 899 COIMBRAS 37904308 PASSOS - MG 3535216299		6-VALOR DO INSS	1.442,59
		7-	
		8-	
2-VENCIMENTO (Uso exclusivo do INSS)	20/10/2021	9-VALOR DE OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização da GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em Resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10-ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11-TOTAL	1.442,59
12-AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

85830000014-9 42590270230-1 52092508700-5 01152021097-8



P



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.07.30
0194500194

1
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 194-5 CONTA: 09.221-2
EFETUADO POR: JAIR ROBERTO SILVA

Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras 85830000814-9 42590270230-1
52092508700-5 01152021097-8

Data do pagamento 27/09/2021
Valor Total 1.442,59

Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.

O comprovante definitivo somente será emitido
após a quitacao.

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:00:32

27/09/2021 15:07:30

Transação efetuada com sucesso.

1
Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 27/09/2021 - 09:37:19

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL				02-DDD/TELEFONE (0035)35216299
03-FPIS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 18.728,37	06-QTDE TRABALHADORES 12	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 20.925.087/0001-15	11-COMPETÊNCIA 09/2021	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 1.498,26	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 1.498,26
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2021

858100000145 982601792116 007657050820 092508700010

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 27/09/2021 - 09:37:19

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL				02-DDD/TELEFONE (0035)35216299
03-FPIS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 18.728,37	06-QTDE TRABALHADORES 12	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 20.925.087/0001-15	11-COMPETÊNCIA 09/2021	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 1.498,26	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 1.498,26
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2021

858100000145 982601792116 007657050820 092508700010

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/09/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.09.07
0194500194

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
AGENCIA: 194-5 CONTA: 69.221-2
EFETUADO POR: JAIR ROBERTO SILVA

Convênio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85810000014-5 98260179211-6
00765705082-0 09250870001-0
Data do pagamento 27/09/2021
CNPJ/CEI/CPF 20925087/0001-15
COMPETENCIA 09/2021
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 07/10/2021
VALOR DEPOSITO 1.498,26
Valor Total 1.498,26
Pagamento agendado.
Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.
O comprovante definitivo somente será emitido
após a quitação.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:01:13
27/09/2021 15:09:07

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	20.925.087/0001-15
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC. SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL 35216299	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
IRRF-SERVIRAS DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: PASSOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.4957 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	22,85
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	22,85

85600000000-5 22850064129-2 31209250870-3 00105611273-1

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



corte nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	20.925.087/0001-15
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC. SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL 35216299	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
IRRF-SERVIRAS DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: PASSOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.4957 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	22,85
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	22,85

85600000000-5 22850064129-2 31209250870-3 00105611273-1

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



corte nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.



Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15.09.44
0194500194

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL

AGENCIA: 194-5 CONTA: 69.221-2

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 0194 - PASSOS MG

CODIGO DE BARRAS 85600000000 22850864129

31209250870 00105611273

DATA DO PAGAMENTO 27/09/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 22,85

Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.O comprovante definitivo somente será emitido
após a quitacao.

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

27/09/2021 15:01:48

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:09:44

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.

**MUNICÍPIO DE PASSOS**

Secretaria Municipal de Fazenda

Departamento de Renditas e Fiscalização - Praça Geraldo da Silva Maia, nº 175 - Centro - CEP: 37.900-096 Fone: (35) 3521-6812

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-eEmissão (Horário de Brasília)
27/09/2021 09:32:33Período de Competência
09/2021Município de Prestação do Serviço
Passos - MG

Reg. Especial Tributação

Exigibilidade do ISS

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Exigível em Passos

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

CONTABILIDADE REAL LTDA ME

Nome Fantasia

CONTABILIDADE REAL

CPF/CNPJ

12.819.110/0001-69

Inscrição Municipal

18076

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Sim

Email

contato@contabilidadereal.com

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(35) 3521-6299

Endereço

Avenida Arouca, 660, Centro - CEP: 37900-152 - Passos - MG**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CPF/CNPJ

20.925.087/0001-15

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

Email

geracoesjuridico@gmail.com

Endereço

Rua Campos Gerais, 899, Nossa Senhora de Fátima - CEP: 37904-308 - Passos - MG**SERVIÇO PRESTADO****1715 - Arbitragem de qualquer espécie, inclusive jurídica. CNAE: 6920601****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

HONORÁRIOS CONTÁBEIS REF. SETEMBRO/2021 TOTAL ===== R\$ 500,00

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
500,00	0,00	0,00	*****	2,0100
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
*****	*****	0,00	500,00	500,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.

Optante do Simples Nacional.

Trib. aprox. R\$ 67,25 Federal e R\$ 14,60 Municipal. Fonte: IBPT (2BCEA2)

Visualizado em: 27/09/2021 09:32:32

Para validação desta NFS-e acessar <https://passosmg.veritas.com.br/externo/nfs-e/validar>



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL

Creditado

Banco 33 BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Agência (sem DV) 3235 PASSOS
Conta corrente (com DV) 130032705
CNPJ 12.819.110/0001-69
Nome favorecido CONTABILIDADE REAL EIRELI
Finalidade PAGAMENTO DE HONORARIOS
Número documento 92.704
Valor 500,00
Destinação 0
Data transferência 27/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SBB 249013426AD0E310

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:04:33
27/09/2021 15:12:08

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome EMBALAGENS TRIPAS CIA LTD
Agência 194-5
Conta corrente 21657-7
Valor 900,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

28/09/2021 14:55:45
28/09/2021 14:56:53

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO S A SOCIAL

Creditado

Banco 766 BANCO SICOOB S.A.
Agência (sem DV) 3172 SICOOB NOSSOCREDITO
Conta corrente (com DV) 303258
CNPJ 02.823.346/0001-15
Nome favorecido PAPELARIA CONTABIL LIMITADA
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES
Número documento 92.901
Valor 1.500,00
Destinação 0
Data transferência 29/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB 306CB48D221E36D5

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

29/09/2021 11:33:32
29/09/2021 11:34:43

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Cemig Distribuição S.A. CNPJ: 06.981.193/0001-96 / Ins. Estadual: 002.322.030.0007
Av. Barão de, 1.200 - 13ª andar - Ala A - CEP: 30130-131 - Belo Horizonte - MG

Acesse o Cemig Atende
www.cemigatende.com.br

Fale com a Cemig 116 | Cemig Torpedo 29810
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela
Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002

ASSOCIACAO SERVIRAS DE ASSIST SOCIAL
RUA CAMPOS GERAIS 899 CO
NOSSA SENHORA DE FATIMA
37904-308 PASSOS, MG
CNPJ 20.925.087/0001-15

Nº DO CLIENTE

7005742154

Nº DA INSTALAÇÃO

3002958498

Referente a

SET/2021

Vencimento

18/10/2021

Valor a pagar (R\$)

568,22

2ª VIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Classe	Subclasse	Modalidade Tarifária	Datas de Leitura			Data de Emissão
Comercial	Outros serviços e outras atividades	Convencional B3	Anterior	Atual	Próxima	04/10/2021
Trifásico			25/08	27/09	27/10	

Informações Técnicas					
Tipo de Medição	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Multiplicação	Consumo kWh
Energia kWh	ARD118023492	70.388	70.930	1	542

Informações Gerais
Meta de Redução Mensal: 31,53 kWh
Redução Mensal Aparentada - parcial: 0,00 kWh
Tarifa vigente conforme Res. Anel nº 2.877, de 25/05/2021.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.
É dever do consumidor manter os dados cadastrais sempre atualizados e informar alterações da atividade exercida no local.
Faça sua adesão para recebimento da conta de energia por e-mail acessando www.cemig.com.br
Leitura informada pelo cliente formulário específico

AGO/2021 Band. Verm. P2 - SET/2021 Band. Esc. Hidrica

Valores Faturados			
Descrição	Quantidade	Tarifa/Preço (R\$)	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	542	1,04843221	568,22
Tarifas Aplicadas (sem impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,75149000	
Adicional Bandeiras - Já incluído no Valor a Pagar			
Bandeira Tarifária			100,88

1

Histórico de Consumo			
MÊS/ANO	CONSUMO kWh	MÉDIA kWh/dia	Data
SET/21	542	16,42	33
AGO/21	145	4,39	33
JUL/21	128	4,41	29
JUN/21	123	4,10	30
MAR/21	115	4,10	28
ABR/21	150	4,54	33
MAR/21	203	7,00	29
FEV/21	135	4,65	29
JAN/21	50	1,72	29
DEZ/20	279	8,45	33
NOV/20	357	11,90	30
OUT/20	371	11,59	32
SET/20	307	10,23	30

Reservado ao Fisco
SEM VALOR FISCAL

	Base de cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	-	-	-
PASEP	-	-	-
COFINS	-	-	-

Ovidório CEMIG: 0800 723 3836 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Telefone: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

CEMIG
Pague pelo PIX

Código de Débito Automático
008079142389

Instalação
3002958498

Vencimento
18/10/2021

Total a pagar
R\$568,22

83630000005-3 68220138001-6 12869262933-9 008079142389-2



Setembro/2021

[Assinatura]



Pagamento de outros convênios

SIS08 - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/10/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 09.57.36
0194508194

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 194-5 CONTA: 69.221-2
EFETUADO POR: JAIRO ROBERTO SILVA

Convenio CEMIG DISTRIBUICAO
Codigo de Barras 83630000005-3 68220138001-6
12869262933-9 08079142389-2

Data do pagamento 05/10/2021
Valor Total 568,22

Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação
de segurança e será processada após análise.
O comprovante definitivo somente será emitido
após a quitacao.

E simples e fácil atualizar o e-mail e telefone
da sua empresa. Acesse o BB Digital PJ -
Conta Corrente - Cadastro.

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA

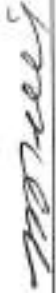
05/10/2021 09:56:09

05/10/2021 09:57:35

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA.

		Associação Servirás de Assistência Social Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbra- CEP 37.504-308 – Passos/MG Telefone: (35) 4103-0056 – email: rodrigosserviras@gmail.com CNPJ: 20.925.087/0001-15				DATA: 30/09/2021	
PROCESSO		PRESTAÇÃO DE CONTAS		PARCELA Nº 08		TERMO DE FOMENTO Nº 010/2021	
/2021		() PARCIAL () FINAL				COMPETÊNCIA: 09/2021	
NOME OSC		ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL					
		FUNÇÃO		FOLHA DE PAGAMENTO DE SALÁRIOS			
		-					


 ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
 JAIRO ROBERTO DA SILVA
 PRESIDENTE

**Salários - Liberação de folha de pagamento****Dados do pagamento**

Agência do débito 194-5
Conta do débito 69221-2
Data pagamento 27/09/2021
Valor total pagamento 17.262,93

Dados dos favorecidos

Nome	Agência	Conta corrente	Valor
WELTON GOMES	194-5	69486-X	1.477,70
RODRIGO ROCHA BATISTA	194-5	69481-9	1.477,70
ELISABETE APARECIDA GUIMA	194-5	69471-1	1.123,83
BARBARA APARECIDA RIBEIRO	194-5	69470-3	1.477,70
MARINA NASCIMENTO RESENDE	194-5	69477-0	1.319,30
MAYARA LOPES ALVES	194-5	69478-9	1.477,70
JONILDA MARIA DA SILVA	194-5	72576-5	1.072,56
ISADORA BATISTA RODRIGUES	194-5	63542-1	1.477,70
PAMELA CRISTINA TORRES AM	194-5	69479-7	1.477,70
SUELI CRISTINA SILVA JULI	194-5	69482-7	1.319,30
GILDANE MARIA DE SOUZA OL	194-5	69474-6	1.375,94
RENATA MARIA SILVA DE MOR	194-5	69480-0	2.185,80

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO 27/09/2021 15:32:51
J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA 27/09/2021 16:22:16

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIRO ROBERTO DA SILVA.



Pagamento de salários - Liberação de folha de pagamento

G3382715147087571
27/09/2021 15:32:50

Dados do pagamento

Agência do
débito 194-5
Conta do débito 69221-2
Data pagamento 27/09/2021
Valor total
pagamento 17.252,93

Dados dos favorecidos

Nome	Agência	Conta corrente	Valor
WELTON GOMES	194-5	69486-X	1.477,70
RODRIGO ROCHA BATISTA	194-5	69481-9	1.477,70
ELISABETE APARECIDA GUIMA	194-5	69471-1	1.123,83
BARBARA APARECIDA RIBEIRO	194-5	69470-3	1.477,70
MARINA NASCIMENTO RESENDE	194-5	69477-0	1.319,30
MAYARA LOPES ALVES	194-5	69478-9	1.477,70
JONILDA MARIA DA SILVA	194-5	72576-5	1.072,56
ISADORA BATISTA RODRIGUES	194-5	63542-1	1.477,70
PAMELA CRISTINA TORRES AM	194-5	69479-7	1.477,70
SUELI CRISTINA SILVA JULI	194-5	69482-7	1.319,30
GILDANE MARIA DE SOUZA OL	194-5	69474-6	1.375,94
RENATA MARIA SILVA DE MOR	194-5	69480-0	2.185,80

Transação registrada como pendente por insuficiência de assinaturas.

Pendência número: 18322802.

Usuário: J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO.

ASSOCIAÇÃO SERVIDAS ASSISTENCIA SOCIAL				Folha Mensal	
CNPJ: 20.925.087/0001-15				Setembro de 2021	
CC: GERAL				Mensalista	
Código	Nome do Funcionário	CPF	Função	Admissão	Res
51	JONILDA MARIA DA SILVA AUXILIAR DE LIMPEZA	014320	Administrador	01/03/2016	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1 998	HORAS NORMAIS I.N.E.S.	220,00 1,58	1.160,50	27,94	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.160,50	27,94	
			Neto a Pagar	1.132,56	
Salário Base		Sal. Contr. PIS/P	Sal. Contr. FGTS	FGTS de 15%	Sal. Contr. PIS/P
1.160,50		1.160,50	1.160,50	67,84	1.012,56

Jonilda Maria da Silva
Assistente Social

27.09.2021

ASSOCIAÇÃO SERVIDAS ASSISTENCIA SOCIAL				Folha Mensal	
CNPJ: 20.925.087/0001-15				Setembro de 2021	
CC: GERAL				Mensalista	
Código	Nome do Funcionário	CPF	Função	Admissão	Res
54	MARINA NASCIMENTO RESENDE MONITORIA INFANTIL	371410	Administrador	01/03/2016	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1 998	HORAS NORMAIS I.N.E.S.	220,00 1,30	1.431,64	112,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.431,64	112,34	
			Neto a Pagar	1.319,30	
Salário Base		Sal. Contr. PIS/P	Sal. Contr. FGTS	FGTS de 15%	Sal. Contr. PIS/P
1.431,64		1.431,64	1.431,64	112,34	1.319,30

Marina Nascimento Resende
Assistente Social

27.09.2021

P

ASSOCIAÇÃO SERVIDAS ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15 CC: GERAL Mensalista Folha Mensal Setembro de 2021

Código Nome do Funcionário 37 RENATA MARIA SILVA DE MORAES COORDENADOR(A) ENSINO 239405 1 1 Admissão: 01/04/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.415,95		
999	I.N.S.S.	8,58		201,30	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		22,85	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.415,95	224,15	
			Valor a Pagar	2.195,80	
Salário Base		Salário Base INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 15%	Base Calc. IRPF
2.415,95		2.415,95	2.415,95	193,27	2.209,68

Declaro que, conforme a legislação vigente, todos os dados aqui informados são verdadeiros.

27/09/2021

Data

Declaro que, conforme a legislação vigente, todos os dados aqui informados são verdadeiros.

28.9.21

Data

ASSOCIAÇÃO SERVIDAS ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15 CC: GERAL Mensalista Folha Mensal Setembro de 2021

Código Nome do Funcionário 74 RODRIGO ROCHA BATISTA AUXILIAR DE COORDENACAO 239405 1 1 Admissão: 01/04/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
331	PROFESSOR MENSAalista	220,00	1.605,71		
999	I.N.S.S.	7,97		128,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.605,71	128,01	
			Valor a Pagar	1.477,70	
Salário Base		Salário Base INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 15%	Base Calc. IRPF
1.605,71		1.605,71	1.605,71	128,45	1.477,70

P

ASSOCIAÇÃO SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL		CC: SERAL		Folha Mensal	
CNPJ: 20.925.087/0001-15		Mensalista		Setembro de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CPF	Matrícula	Data	
50	SUELI CRISTINA SILVA JULIO	371410	1	01/09/2021	
MONITORA INFANTIL		Admissão:		01/08/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1 999	HORAS NORMAIS I.N.S.S.	220:00 7,85	1.431,64	112,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.431,64	112,34	
			Valor Líquido	1.319,30	
Salário Base		Sal. Conv. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 15%	Base Calc. IRPF
1.431,64		1.431,64	1.431,64	114,57	1.319,30
					0,00

Declaro ter recebido a quantia em espécie referente ao pagamento do mês de Setembro de 2021.

Sueli Cristina Silva Julio

Assistente Social

27.09.2021

Data

ASSOCIAÇÃO SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL		CC: SERAL		Folha Mensal	
CNPJ: 20.925.087/0001-15		Mensalista		Setembro de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CPF	Matrícula	Data	
50	WELTON GOMES	831185	1	01/09/2021	
PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA		Admissão:		01/08/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
231 999	PROFESSOR MENSALISTA I.N.S.S.	220:00 7,45	1.605,71	128,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.605,71	128,01	
			Valor Líquido	1.477,70	
Salário Base		Sal. Conv. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 15%	Base Calc. IRPF
1.605,71		1.605,71	1.605,71	128,45	1.477,70
					0,00

Declaro ter recebido a quantia em espécie referente ao pagamento do mês de Setembro de 2021.

Wilton Gomes

Assistente Social

27.09.21

Data

EXTRATO MENSAL

Emp.: 75 BARBARA APARECIDA RIBEIRO	Situação: Trabalhando	CPF: 127.310.776-46	PIS: 207.56122.79-6
Cargo: 26 PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 1273107/7646
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998	1.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	-----	----------	------	----------

ND: 0 Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0 Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

Emp.: 76 ELISABETE APARECIDA GUDMARIES	Situação: Trabalhando	CPF: 057.189.656-17	PIS: 130.36716.98-9
Cargo: 18 AUXILIAR DE LIMPEZA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 0571896/5617
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.160,50

1 HORAS NORMAIS	220:00	1.160,50 P	998	1.N.S.S.	7,58	87,94 D
-----------------	--------	------------	-----	----------	------	---------

995 SALARIO FAMILIA	1,00	51,27 P				
---------------------	------	---------	--	--	--	--

ND: 1 Proventos:	1.211,77	Descontos:	87,94	Informativa:	92,84	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.123,83
NF: 1 Base INSS:	1.160,50	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.160,50	Valor FGTS:	92,84	Base IRRF:	882,97

Emp.: 57 GILDAINE MARIA DE SOUZA OLIVEIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 749.414.536-20	PIS: 127.01164.98-4
Cargo: 25 AUXILIAR COZINHA	Vínculo: Celetista	Adm: 03/07/2017	CTPS/Série: 97040/0093
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.493,88

1 HORAS NORMAIS	220:00	1.493,88 P	998	1.N.S.S.	7,89	117,94 D
-----------------	--------	------------	-----	----------	------	----------

ND: 0 Proventos:	1.493,88	Descontos:	117,94	Informativa:	119,51	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.375,94
NF: 0 Base INSS:	1.493,88	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.493,88	Valor FGTS:	119,51	Base IRRF:	1.375,94

Emp.: 79 ISADORA BATISTA RODRIGUES	Situação: Trabalhando	CPF: 127.586.136-97	PIS: 207.56114.86-6
Cargo: 26 PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 1275861/3697
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998	1.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	-----	----------	------	----------

ND: 0 Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0 Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

Emp.: 81 JONILDA MARIA DA SILVA	Situação: Trabalhando	CPF: 877.084.006-78	PIS: 124.61687.09-0
Cargo: 18 AUXILIAR DE LIMPEZA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/09/2021	CTPS/Série: 8770840/0678
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.160,50

1 HORAS NORMAIS	220:00	1.160,50 P	998	1.N.S.S.	7,58	87,94 D
-----------------	--------	------------	-----	----------	------	---------

ND: 0 Proventos:	1.160,50	Descontos:	87,94	Informativa:	92,84	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.072,56
NF: 0 Base INSS:	1.160,50	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.160,50	Valor FGTS:	92,84	Base IRRF:	1.072,56

Emp.: 54 MARINA NASCIMENTO RESENDE	Situação: Trabalhando	CPF: 114.878.976-60	PIS: 201.48984.67-8
Cargo: 24 MONITORA INFANTIL	Vínculo: Celetista	Adm: 01/03/2016	CTPS/Série: 4279117/0040
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.431,64

1 HORAS NORMAIS	220:00	1.431,64 P	998	1.N.S.S.	7,85	112,34 D
-----------------	--------	------------	-----	----------	------	----------

ND: 0 Proventos:	1.431,64	Descontos:	112,34	Informativa:	114,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.319,30
NF: 0 Base INSS:	1.431,64	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.431,64	Valor FGTS:	114,53	Base IRRF:	1.319,30

Emp.: 78 MAYARA LOPES ALVES	Situação: Trabalhando	CPF: 126.247.296-23	PIS: 166.10958.36-0
Cargo: 26 PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 1262472/9623
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998	1.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	-----	----------	------	----------

ND: 0 Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0 Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

EXTRATO MENSAL

Empr.: 77 PAMELA CRISTINA TORRES AMARAL	Situação: Trabalhando	CPF: 113.109.296-10	PIS: 142.99297.79-9
Cargo: 26 PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 1131092/9610
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998 I.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	--------------	------	----------

ND: 0	Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0	Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

Empr.: 37 RENATA MARIA SILVA DE MORAES	Situação: Trabalhando	CPF: 000.523.786-67	PIS: 127.99788.98-1
Cargo: 21 COORDENADOR(A) ENSINO	Vínculo: Celetista	Adm: 01/04/2008	CTPS/Série: 0012524/00111
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 2.415,95

1 HORAS NORMAIS	1	220:00	2.415,95 P	998 I.N.S.S.	8,58	207,30 D
				999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	22,85 D

ND: 0	Proventos:	2.415,95	Descontos:	230,15	Informativa:	193,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.185,80
NF: 0	Base INSS:	2.415,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.415,95	Valor FGTS:	193,27	Base IRRF:	2.208,65

Empr.: 74 RODRIGO ROCHA BATISTA	Situação: Trabalhando	CPF: 001.075.686-83	PIS: 126.59933.98-9
Cargo: 27 AUXILIAR DE COORDENACAO	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 0010756/8683
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998 I.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	--------------	------	----------

ND: 0	Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0	Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

Empr.: 50 SUELI CRISTINA SILVA JULIO	Situação: Trabalhando	CPF: 029.740.486-50	PIS: 190.21046.91-4
Cargo: 24 MONITORA INFANTIL	Vínculo: Celetista	Adm: 01/08/2014	CTPS/Série: 93142/0064
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.431,64

1 HORAS NORMAIS	1	220:00	1.431,64 P	998 I.N.S.S.	7,85	112,34 D
-----------------	---	--------	------------	--------------	------	----------

ND: 0	Proventos:	1.431,64	Descontos:	112,34	Informativa:	114,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.319,30
NF: 0	Base INSS:	1.431,64	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.431,64	Valor FGTS:	114,53	Base IRRF:	1.319,30

Empr.: 80 WELTON GOMES	Situação: Trabalhando	CPF: 068.275.066-22	PIS: 129.82287.98-8
Cargo: 26 PROFESSOR PRIMEIRA INFANCIA	Vínculo: Celetista	Adm: 01/02/2021	CTPS/Série: 0682750/6622
CC: 1	Depto: 1	Filial: 1	Salário: 1.605,71

231 PROFESSOR MENSALISTA	220:00	1.605,71 P	998 I.N.S.S.	7,97	128,01 D
--------------------------	--------	------------	--------------	------	----------

ND: 0	Proventos:	1.605,71	Descontos:	128,01	Informativa:	128,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,70
NF: 0	Base INSS:	1.605,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,71	Valor FGTS:	128,45	Base IRRF:	1.477,70

Total Geral Proventos:	18.779,64	Total Geral Descontos:	1.516,71
		Líquido Geral:	17.262,93

Resumo por Rubrica

1 HORAS NORMAIS	1	1320:00	9.094,11 P	998 I.N.S.S.	95,15	1.493,86 D
231 PROFESSOR MENSALISTA		1320:00	9.634,26 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	22,85 D
995 SALARIO FAMILIA		1,00	51,27 P			
					Líquido Geral:	17.262,93

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	12	Salário contribuição empregados:	18.728,37	Base IRRF Mensal:	17.044,92
Número de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	22,85
Trabalhando:	12	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	18.728,37	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	1.493,86	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	0	Sub-Total:	1.493,86	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	51,27	Valor Total do IRRF:	22,85
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	18.728,37
Mandato sindical:	0	Total:	1.442,59	Valor do FGTS:	1.498,22
Aposentadoria:	0	Tercosros:	0,00	Base do FGTS Aprender:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	1.442,59	Valor do FGTS Aprender:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	18.728,37
				Valor PIS:	187,32
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 17.262,93



Protocolo de Envio de Arquivos

Prezado cliente CONTABILIDADE REAL LTDA:12819110000169,

Seu arquivo G7vuPgyZRT00003.zip foi armazenado na Caixa Econômica Federal em 27/09/2021 às 09:44:49.

O número do Protocolo de Envio deste arquivo é: C3E2D840D9D1D7F840404040404000A609BF4DB8D2A00.

Este protocolo é sua garantia de que o arquivo foi devidamente recebido e armazenado para processamento pela Caixa Econômica Federal.

Havendo ocorrências impeditivas no processamento do arquivo, será enviada uma nota explicativa para a sua caixa postal no Conectividade Social contendo a(s) ocorrência(s) encontrada(s) e as ações necessárias para a solução.

Informações Complementares:

Transmissor:	CONTABILIDADE REAL LTDA:12819110000169
Inscrição Transmissor:	12.819.110/0001-69
Responsável:	CONTABILIDADE REAL
Inscrição Responsável:	12.819.110/0001-69
Competência:	09/2021
NRA:	G7vuPgyZRT00003
Base de Processamento:	UB - Passos
Código de Recolhimento:	115
Contato:	ORONILCE DONIZETE FI
Telefone:	003535216299

Atenção: Este Protocolo de Envio de Arquivos não garante a legitimidade do conteúdo das informações.



RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/09/2021 a 30/09/2021									
EMPREGADOS									
75	BARBARA APARECIDA RIBEIRO	Mensal 08/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
76	ELISABETE APARECIDA GUIMARAES	Mensal 09/21	1.160,50	87,94	189,59	1	0,00	0,00	0,00
57	GILDANE MARIA DE SOUZA OLIVEIRA	Mensal 09/21	1.493,88	117,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00
79	ISADORA BATISTA RODRIGUES	Mensal 09/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
81	JONILDA MARIA DA SILVA	Mensal 09/21	1.160,50	87,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00
54	MARINA NASCIMENTO RESENDE	Mensal 09/21	1.431,64	112,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
78	MAYARA LOPES ALVES	Mensal 09/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
77	PAMELA CRISTINA TORRES AMARAL	Mensal 09/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
37	RENATA MARIA SILVA DE MORAES	Mensal 09/21	2.415,95	207,30	0,00	0	7,50	142,80	22,85
74	RODRIGO ROCHA BATISTA	Mensal 09/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
50	SUELI CRISTINA SILVA JULIO	Mensal 09/21	1.431,64	112,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
80	WELTON GOMES	Mensal 09/21	1.605,71	128,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
Total:			18.728,37	1.493,86					22,85
Empregados:	12 Estagiários:	0 Contribuintes:	0	Total:	18.728,37	1.493,86	189,59		22,85
Total Geral:									
Empregados:	12 Estagiários:	0 Contribuintes:	0	Total:	18.728,37	1.493,86	189,59		22,85

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	08/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 08/2021	0,00	22,85	0,00	22,85	0,00
0588	Mensal 08/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			22,85	0,00	22,85	0,00



MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL - RFB
GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 42.0 (15/01/2020)

DATA: 27/09/2021
HORA: 09:37:19
PÁG: 001/001

RELATÓRIO ANALÍTICO DE GPS

COMPETÊNCIA: 09/2021

EMPRESA		INSCRIÇÃO		OUTRAS ENTIDADES		COD PAGTO		FPAS	
VALORES: SEGUROS	EMPRESA	OUTRAS ENT	DED FPAS	VALOR DA RETENÇÃO	JUROS/MULTA	TOTAL	REEMBOLSO		
ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL	0,00	0,00	20.925.087/0001-15	0,00	0,00	2305	639		
1.493,86			51,27			1.442,59	0,00		

OBSERVAÇÃO: PERCENTUAL DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 100,00 %

FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - BGFIP 8.40 (30/07/2021)

DATA: 27/09/2021
HORA: 09:37:19
PÁG: 001/001

RELATÓRIO ANALÍTICO DA GRF

EMPRESA: ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL
COMPETÊNCIA: 09/2021

CÓD REC: 115

PPAS: 639

INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15
SIMPLES: 1

FGTS - 8%

QTDE TRABALHADORES

12

REMUNERAÇÃO

18.728,37

DEPÓSITO

1.498,26

ENCARGOS FGTS

0,00

CONTRIB SOCIAL

0,00

ENCARGOS CONTRIB SOC

0,00

TOTAL A RECOLHER

1.498,26

VALIDADE DO CÁLCULO: até 07/10/2021

RELATÓRIO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA, NÃO É VÁLIDO PARA QUITAÇÃO.

AIS) GRF(SI), PARA FINS DE QUITAÇÃO, SERÁ(ÃO) IMPRESSA(SI) SOMENTE APÓS TRANSMISSÃO DO ARQUIVO VALIDADO PELO CONECTIVIDADE SOCIAL.

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO POTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000145 982601792116 007657050820 092508700010

EMPRESA: ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL				INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15			
COMP: 09/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305				FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00			
TOMADOR/OBRA:				INSCRIÇÃO:			
NOME TRABALHADOR	REM SEM 13º SAL	REM 13º SAL	BASE CÁL 13º SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	CAT OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO
			BASE CÁL PREV SOCIAL				DEPÓSITO
BARBARA APARECIDA RIBEIRO	1.605,71	0,00	207.56122.79-6	0,00	01/02/2021	01	128,45
ELISABETE APARECIDA GUIMARAES	1.605,71	0,00	230.36716.98-9	0,00	01/02/2021	01	92,84
GILDANE MARIA DE SOUZA OLIVEIRA	1.493,86	0,00	127.01164.98-4	0,00	03/07/2017	01	119,52
ISADORA BATISTA RODRIGUES	1.605,71	0,00	207.56114.86-6	0,00	01/02/2021	01	128,45
JONILDA MARIA DA SILVA	1.605,71	0,00	124.61687.09-0	0,00	01/09/2021	01	92,85
MARINA NASCIMENTO RESENDE	1.431,64	0,00	201.48984.67-8	0,00	01/03/2016	01	114,51
MAYARA LOPES ALVES	1.605,71	0,00	166.10958.36-0	0,00	01/02/2021	01	128,45
PAMELA CRISTINA TORRES AMARAL	1.605,71	0,00	142.99297.79-9	0,00	01/02/2021	01	128,45
RENATA MARIA SILVA DE MORAES	2.415,95	0,00	127.99788.98-1	0,00	01/04/2008	01	193,28
RODRIGO ROCHA BATISTA	1.605,71	0,00	126.59933.98-9	0,00	01/02/2021	01	128,46
SUELI CRISTINA SILVA JULIO	1.431,64	0,00	190.21046.91-4	0,00	01/08/2014	01	114,53
MELTON GOMES	1.605,71	0,00	129.82287.98-8	0,00	01/02/2021	01	128,45

TOTALS DA EMPRESA/TOMADOR
 16.728,37

1.493,66

1.498,26

0,00

R

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

LOCALIDADE : *BRANCO*-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000145 982601793116 007657050820 092508700010

EMPRESA: ASSOC SERVIDAS ASSISTENCIA SOCIAL N° DE CONTROLE: Prgcclndsm0000-3 N° ARQUIVO: G7vsgyZRTt0000-3
COMP: 09/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 PPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA CAMPOS GERAIS 899 BAIRRO: COIMBRAS CHAE PREPONDERANTE: 9430800
CIDADE: PASSOS CEP: 37904-308 CHAE: 9430800

CAT QJANT REMUNERAÇÃO SEM 13* REMUNERAÇÃO 13* BASE CÁL PREV SOC BASE CÁL 13* PREV SOC

01	12	18.728,37	0,00	18.728,37	0,00
TOTAIS:	12	18.728,37	0,00	18.728,37	0,00

[Handwritten signature]

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 27/09/2021
HORA: 09:37:19
PÁG: 0003/0004

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

FGTS

658100000145 982601792116 007657050820 092508700010

EMPRESA: ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL
COMP: 09/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLIS: 1
N° DE CONTROLE: PGCGCINDSHN0000-3

N° ARQUIVO: G7VUPQY2RT-0000L3
INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA CAMPOS GERAIS 899
CIDADE: PASSOS

BAIRRO: COIMBRAS

CNAE PRFONDERANTE: 9430800
CNAE: 9430800

UF: MG

CEP: 37904-308

MOCALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

FGTS - 8%

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO
REMUNERAÇÃO 13° SALÁRIO

18.728,37
0,00

QUANTIDADE TRABALHADORES

12

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/10/2021

DEPÓSITO FGTS 1.498,26

ENCARGOS FGTS 0,00

CONTRIB SOCIAL 0,00

ENCARGOS CONTRIB SOCIAL 0,00

TOTAL RECOLHER 1.498,26

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (30/07/2021) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 27/09/2021
HORA: 09:37:19
PÁG: 0004/0004

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL
COMP: 09/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305
TOMADOR/OSRA: RUA CAMPOS GERAIS 899
CIDADE: PASSOS
UF: MG
CEP: 37904-308
Nº DE CONTROLE: P9C9CLMdm0000-3
PPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
Nº ARQUIVO: G7vufqyZRT0000-3
INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA CAMPOS GERAIS 899
CIDADE: PASSOS
UF: MG
CEP: 37904-308
BAIRRO: COIMBRAS
TELEFONE: 0035 3521 6299
CNAE PREPONDERANTE: 9430800
CNAE: 9430800

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:

1.442.59 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:

1.493.86

SALÁRIO FAMÍLIA:

51.27 RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:

0.00

SALÁRIO MATERNIDADE:

0.00 PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:

100.00

VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:

0.00 13º SALÁRIO MATERNIDADE:

0.00

VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:

0.00 COM PRODUÇÃO PJ:

0.00

VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:

0.00 COM PRODUÇÃO PF:

0.00

VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:

0.00 VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:

0.00

COMPENSAÇÃO

PERÍODO INICIAL:

VALOR SOLICITADO:

0.00

VALOR ABATIDO:

0.00 VALOR A COMPENSAR:

0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%:

0.00

RETENÇÃO (Lei 9.711/98)

VALOR INFORMADO:

0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP:

0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR:

0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCCORRÊNCIA

15 ANOS: 0.00 20 ANOS: 0.00

QUANTIDADE: 0 25 ANOS: 0

QUANTIDADE:

QUANTIDADE:

0.00

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H:	0	11:	0	12:	0	13:	0	14:	0	15:	0	J:	0	K:	0	L:	0	M:	0
N1:	0	N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	0	Q1:	0
Q2:	0	Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R:	0	R1:	0	R2:	0	S3:	0
T1:	0	T2:	0	U1:	0	U2:	0	U3:	0	V3:	0	W:	0	X:	0	X1:	0	Y:	0
Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	0	Z6:	0	Z6:	0	Z6:	0	Z6:	0	Z6:	0

COMPROVANTE DE DECLARAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER À PREVIDÊNCIA SOCIAL E A OUTRAS ENTIDADES E FUNDOS POR FIAS

EMPRESA: ASSOC SERVIRAS ASSISTENCIA SOCIAL N° ARQUIVO: 07vufqyZRT0000-3
 COME: 09/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FIAS: 639 OUTRAS ENT: 0000 SIMPLES: 1 ALIO RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 20.925.087/0001-15
 TITULADOR/OSER: INSCRIÇÃO: 9430800
 LOGRADUERO: RUA CAMPOS GERAIS 899 BAIRRO: COIMBRAS CHAS PREFONDERANTE: 9430800
 CIDADE: PASSOS CEP: 37504-308 TELEFONE: 0035-35216299 CHAS: 9430800
 APUAÇÃO DO VALOR A RECOLHER: 639 620 744 772 TOTAL

SEGURADO

Empregados/Avulsos

Contribuintes Individuais

EMPRESA

Empregados/Avulsos

Contribuintes Individuais

RAT

RAT - Agentes Mócivos

Valores Pagos a Cooperativas

Adicional Cooperativas

Comercialização Produção

Evento Desportivo/Patrocinio

RECOLHIMENTO COMP ANT - VALOR INSS

(-) Retenção Lei 9.711/98

(-) Sal. Família/Sal. Maternidade

(-) Compensação

VALOR A RECOLHER - PREVIDÊNCIA SOCIAL

VALOR A RECOLHER

OUTRAS ENTIDADES

RECOLH COMP ANT - VALOR OUT ENTID

VALOR A RECOLHER - OUTRAS ENTIDADES

TOTAL A RECOLHER

1.493,86

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

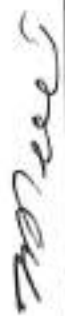
(*) Os valores de retenção, salário-família/salário-maternidade e compensação demonstrados são os efetivamente abatidos.
 A DECLARAÇÃO DE DADOS CONSTANTES DESTA GFIP E DO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDE A CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, EQUIVALE A CONFISSÃO DE DÍVIDA DOS VALORES DELA DECORRENTES E CONSTITUI (EM CRÉDITO(S) PASSÍVEL(ES)) DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DO ESPORTE RECOLHIMENTO OU PARCELAMENTO, E CONSEQUENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI Nº 6.830/80.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE, RENUNCIANDO EXPRESSAMENTE A QUALQUER CONTRAÇÃO QUANTO AO VALOR E PROCEDÊNCIA DESTA DECLARAÇÃO/DÍVIDA, ASSUME INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DO MONTANTE DECLARADO E CONFESSIONADO, ENTENDENDO, ENTRETANTO, RESALVADO A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL O DIREITO DE APURAR, A QUALQUER TEMPO, A EXISTÊNCIA DE OUTRAS IMPORTÂNCIAS DEVIDAS NÃO INCLUIDAS NESTE INSTRUMENTO, AINDA QUE RELATIVAS AO MESMO PERÍODO.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE RECONHECE QUE A PRESENTE CONFISSÃO DE DÍVIDA NÃO OBRIGA A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL A EXPEDIR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA INEXISTÊNCIA DE DÉBITO, SALVO SE SEU CRÉDITO FOR GARANTIDO NA FORMA DOS ARTS. 258 E 259 DO REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, APROVADO PELO DECRETO 3.048, DE 15/05/1999, E ALTERAÇÕES POSTERIORES.



		Associação Servirás de Assistência Social Rua Campos Gerais Nº 859, Bairro Coimbra- CEP 37.904-308 – Passos/MG Telefone: (35) 4103-0056 – e-mail: rodrigoserviras@gmail.com CNPJ: 20.925.087/0001-15				DATA: 30/09/2021				
PROCESSO		ANEXO II - PAGAMENTO DE ESTAGIÁRIOS		PARCELA Nº 08		TERMO DE FOMENTO Nº 010/2021				
/2021		() PARCIAL () FINAL				COMPETÊNCIA: 09/2021				
NOME OSC		ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL								
		ESTÁGIO		FOLHA DE PAGAMENTO DE ESTAGIÁRIOS						
Nº	ESTAGIÁRIO	FUNÇÃO	QTD TRABALHADA (DIA/HORA)		REMUNERAÇÃO DIA/HORA		REGIME DE EXECUÇÃO		RECOLHIMENTO	
			Nº DIAS	Nº HORAS	VALOR HORA TRABALHADA	VALOR DIA TRABALHADO	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO	INSS	FGTS
1	BEATRIZ GASPARDINI OLIVEIRA	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	383,33	0,00	0,00
2	LORENA CAROLINE ERÃO ALVES	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	383,33	0,00	0,00
3	MARIA EDUARDA SILVA JULIO	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	500,00	0,00	0,00
4	MIRIÃ MARIA DE SIQUEIRA	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	500,00	0,00	0,00
5	PRISCILA LUCIA MACHADO	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	500,00	0,00	0,00
6	VIVIANE SANTOS COIMBRA CARVALHO	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	500,00	0,00	0,00
7	YASMIN COSTA RODRIGUES	ESTAGIÁRIA	30	5	3,33	16,67	500,00	383,33	0,00	0,00
TOTAL							3.500,00	3.149,99	0,00	0,00


 ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JAIRO ROBERTO DA SILVA
 PRESIDENTE



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigasserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 08/09/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, a importância de **R\$ 383,33 (trezentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de **SETEMBRO/2021**.

Passos/MG, 27 de Setembro de 2021.

Beatriz Gaspardini Oliveira

Beatriz Gaspardini Oliveira

137.687.106-88

MG-20.142.955



DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 194-5
Conta corrente 69221-2 ASSOCIACAO N A SOCIAL

Creditado

Banco 341 ITAU UNIBANCO S.A.
Agência (sem DV) 3247 TABOAO DA SERRA CENTRO
Conta corrente (com DV) 315793
CPF 137.687.106-88
Nome favorecido BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.801
Valor 383,33
Destinação 0
Data transferência 28/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB 14E7073EC75032B1

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

28/09/2021 10:54:44

28/09/2021 10:55:44

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - e-mail: rodrigopasseras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 08/09/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, a importância de **R\$ 383,33 (trezentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de **SETEMBRO/2021**.

Passos/MG, 27 de Setembro de 2021.

Lorena Caroline Erão Alves
022.766.346-26
MG-20.732.856

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome LORENA C ERAO ALVES
Agência 194-5
Conta corrente 89489-4
Valor 383,33
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO	27/09/2021 16:08:12
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	27/09/2021 16:18:45

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Geraes Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.804-308 - Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 - email: associacaoserviras899@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 30/08/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, a importância de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de SETEMBRO/2021.

Passos/MG, 27 de setembro de 2021.

Maria Eduarda Silva Julio
Maria Eduarda Silva Julio
020.662.236-89
MG-20.134.805



1

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome MARIA EDUARDA SILVA JULIO
Agência 194-5
Conta corrente 69485-1
Valor 500,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584050 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 16:07:20

27/09/2021 16:18:07

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

1

1



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Geras Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 - email: associacaoserviras899@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 30/08/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, a **R\$ 500,00 (quinhentos reais)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de **SETEMBRO/2021**.

Passos/MG, 27 de setembro de 2021.

Miriã Maria de Siqueira

099.603.036-08

MG-14.860.550



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome MIRIA MARIA DE SIQUEIRA
Agência 194-5
Conta corrente 68100-8
Valor 500.00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 16:07:09

27/09/2021 16:17:36

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 - email: associacaoserviras899@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 30/08/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, **R\$ 500,00 (quinhentos reais)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de SETEMBRO/2021.

Passos/MG, 27 de setembro de 2021.

Priscila Lucia Machado

066.142.666-16

MG-13.882.653



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome PRISCILA LUCIA MACHADO
Agência 194-5
Conta corrente 69453-5
Valor 500,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 16:06:52

27/09/2021 16:17:08

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 - email: associacaoserviras899@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

1 AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 30/08/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, **R\$ 500,00 (quinhentos reais)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de **SETEMBRO/2021**.

Passos/MG, 27 de setembro de 2021.

Viviane dos Santos Coimbra

Viviane dos Santos Coimbra

029.229.736-03

MG-8.601.953

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome ASSOCIACAO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome VIVIANE S C CARVALHO
Agência 194-5
Conta corrente 69266-2
Valor 500.00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO
J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

27/09/2021 15:06:33
27/09/2021 15:16:12

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9 9971-0664 - email: rodrigواسerviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

RECIBO DE PAGAMENTO

AJUDA DE CUSTO DE ESTÁGIO REMUNERADO

Conforme Termo de Compromisso de Estágio, previsto no inciso II do Artigo 3º da Lei nº 11.788 de 25/09/2008, firmado em 08/09/2021, declaro para todos os fins e efeitos ter recebido nesta data, da Associação Servirás de Assistência Social, CNPJ nº 20.925.087/0001-15, a importância de **R\$ 383,33 (trezentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos)** relativa ao pagamento da minha bolsa estágio referente aos dias estagiados no mês de **SETEMBRO/2021**.

Passos/MG, 27 de Setembro de 2021.

Yasmin Costa Rodrigues

128.853.976-24

3.661.086



Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
Agência 194-5
Conta corrente 69221-2

Creditado

Nome YASMIN COSTA RODRIGUES
Agência 194-5
Conta corrente 72824-1
Valor 383,33
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO	27/09/2021 16:10:30
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	27/09/2021 16:19:21

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoeserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIA

Nome: BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA Data de nascimento: 16/02/2001
CPF: 137.687.106-88 RG: MG-20.142.955
Endereço: RUA PARÁ, 1815
Bairro: RUA PARÁ, 1815 - COL. DE PASSOS CEP: 37.900-281 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) 9.9734-4999
Curso: PEDAGOGIA Período: 4º Turno: _____
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: _____

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbra CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIR ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade de Franca – UNIFRAN
Unidade: FRANCA
Endereço: Avenida Dr. Amâncio de Sáes Oliveira, 201 Bairro: Parque Universitário CEP: 14.404-600
Cidade e Estado: Franca/SP
Telefone: 0800 721 5844
Representada por: Profa. Dra. Kátia Jorge Ciuffi Cargo/função: Reitora
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____

Beatriz Gaspardine Oliveira.

P



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica compromissado entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de **04 meses**, com início em **08/09/2021** e término em **17/12/2021**, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando **25 (vinte e cinco) horas semanais**.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**, que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas às atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Beatriz Gasparina Oliveira



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG

Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com

CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar meio período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13249980, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

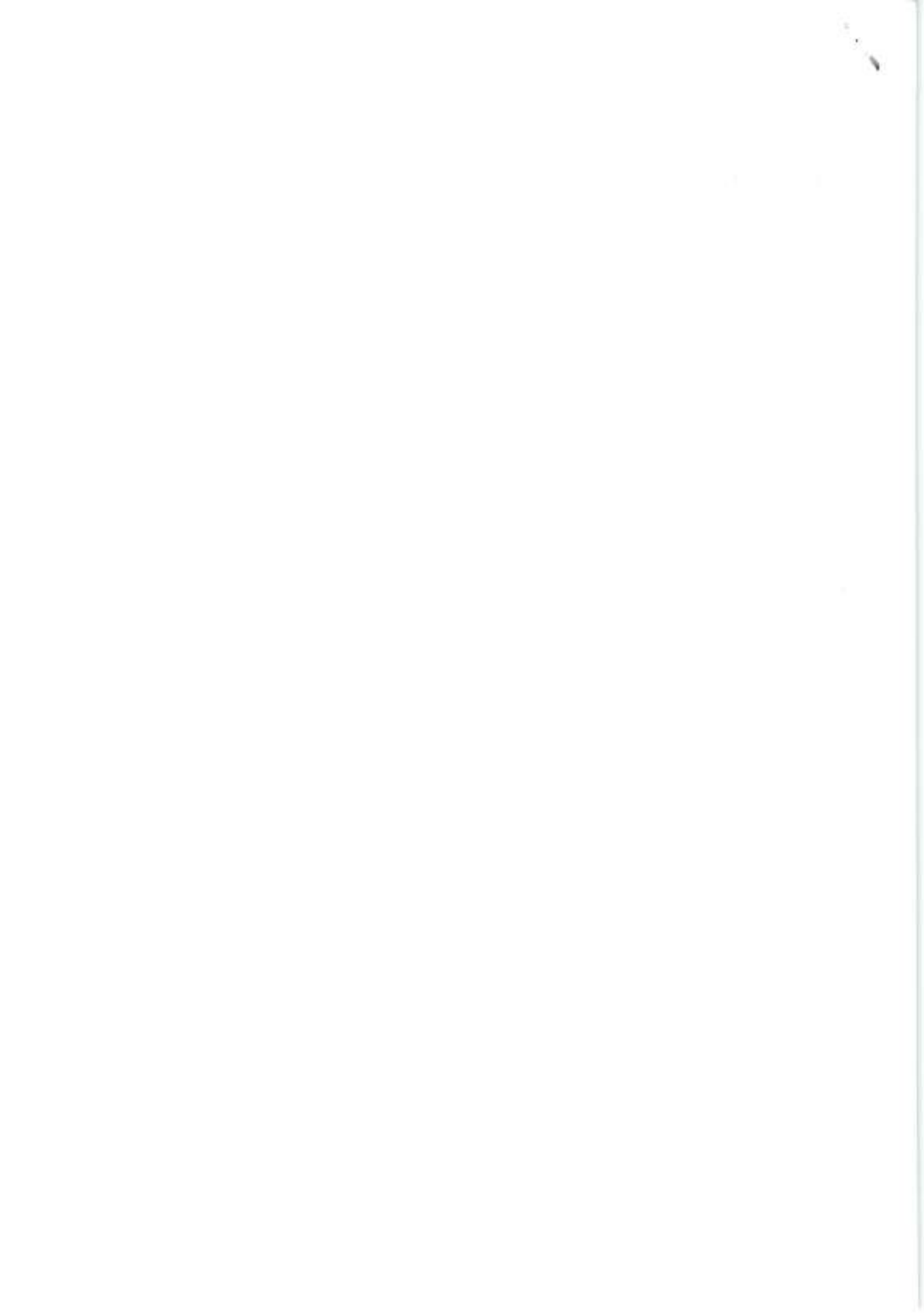
E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 08 de setembro de 2021.

Beatriz Gaspariane Oliveira
ESTAGIÁRIO(A)

Mari
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Renata Maria Silva de Moraes
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)
Creche Dolores Queiroz
Renata Maria Silva de Moraes
Diretora



Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13249980	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)				CNPJ/CPF
BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA				137.687.106-88
RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
NAO INFORMADO	SSP-MG	02/06/2000	16/02/2001	20 anos
Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático	
Feminino	Solteiro(a)	Estudante	() Sim (X) Não	
Endereço	Bairro		CEP	
RUA PARA, 1815	JD C PASSOS		37900-281	
Cidade	UF	Telefone	E-mail	
PASSOS	MG	(35)99734-4999	BGASPARDINE@GMAIL.COM	

DADOS DO CORRETOR

Corretor			Telefone	
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D			(35)3521-9008	
Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP	Participação	Tipo de Participação
99003955	0001	202021868	100.00 %	CO

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$)	Coefficiente
A VISTA - Camê		63,01	0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito
			29428030006806508

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

0000200000000000000000000000000000

Criado por: segucebz - 09/09/2021 14:59 - Atualizado por: segucebz - 09/09/2021 15:04 - Impresso em: 09/09/2021 15:07

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.90105/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.257.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900831/2019-54

Beatriz G. Oliveira

[Assinatura]

Proposta Nº 13249980 Vigência 09/09/2021 a 09/09/2022

Versão V10821 Filial VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S)

BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
VIVIANE GASPARDINE VIEIRA PAIS OLIVEIRA			100

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross, automobilismo, hipismo, rãdeio, balonismo, asa delta, vôo livre, paraquedismo, alpinismo, escalada, bungee-jumping, rapel, arborismo, mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais. LEI Nº

Criado por: [segurabiz](#) - 09/09/2021 14:59 Atualizado por: [segurabiz](#) - 09/09/2021 15:04 Impressão em: 09/09/2021 15:07

Liberty Seguros S/A - CNPJ 51.550.141/0001-72 - Cod. SUSEP 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2016-06
 ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cod. SUSEP 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900631/2019-54

Assinado digitalmente por: [Assinatura]



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13249980	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data

Beatriz Gaspardine Oliveira
Segurado
BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA

Corretor

Criado por segucebz - 09/09/2021 14:59 - Atualizado por segucebz - 09/09/2021 15:04 - Impresso em 09/09/2021 15:07

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2015-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900631/2019-54

R

Beneficiário Liberty Seguros S/A	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 116 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.550.141/0001-72	Agência/Cód. Beneficiário 1912-7 / 337753-9	Data do Documento 09/09/2021	Vencimento 16/09/2021
Proposta 13249980	Parcelas 1/1	Nosso Número 29428030008806508	Valor do Documento 63,01	

LIBERTY SEGUROS S.A. - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 116 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ CNPJ: 01.550.141/0001-72
BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA - CPF: 137.687.106-88
PARA - 1815 -
CEP 37900281 - PASSOS / MG

Local de Pagamento Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					Vencimento 16/09/2021
Beneficiário Liberty Seguros S/A					Agência/Código Beneficiário 1912-7 / 337753-9
Data do Documento 09/09/2021	Nº. do documento 29428030008806508	Espécie Doc. DS	Acerto N	Data Processamento 09/09/2021	Nosso Número 29428030008806508
Uso do Bônus	Carteira 17/043	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(*) Valor do Documento 63,01
Instruções Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13249980 Prezados(a) Segurado(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em casos de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					(-) Descontos/Abatimento (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outras Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA - CPF: 137.687.106-88 PARA - 1815 - CEP 37900281 - PASSOS / MG					

LIBERTY SEGUROS S.A. - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 116 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ CNPJ: 01.550.141/0001-72

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:29:51
019400194 0004

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
AGÊNCIA: 0194-5 : CONTA: 69.221-2

BANCO DO BRASIL

00190000000294280300400806508175987450000006301

BENEFICIÁRIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.558.141/0001-72

PAGADOR:

BEATRIZ GASPARDINE OLIVEIRA

CPF: 137.687.106-88

NR. DOCUMENTO	91.602
NOSSO NUMERO	2942803000806508
CONVENIO	02942803
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2021
VALOR DO DOCUMENTO	63,01
VALOR COBRADO	63,01

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente às 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

10/09/2021 11:09:42

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

10/09/2021 11:29:50

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbras - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigopaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIO(A)

Nome: LORENA CAROLINE ERÃO ALVES Data de nascimento: 21/09/1999
CPF: 022.766.346-26 RG: MG-20.732.856
Endereço: RUA ALVIM DA SILVA LEMOS, 124
Bairro: JARDIM CIDADE CEP: 37.900-000 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) _____
Curso: PEDAGOGIA Período: 5º Turno: _____
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: 69.489-4

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbras CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos/MG
Representada por: JAIRÓ ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG
Unidade: Passos
Endereço: Avenida Juca Stockler, 1.130 Bairro: Belo Horizonte CEP: 37900-106
Cidade e Estado: Passos/MG
Telefone: (35) 3529-6007
Representada por: Itamar Teodoro de Faria Cargo/função: Diretor Acadêmico
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoeserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica compromissado entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de 04 meses, com início em 08/09/2021 e término em 17/12/2021, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando 25 (vinte e cinco) horas semanais.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas às atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigasserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar meio período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13248618, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 08 de setembro de 2021.

Luciana Caroline Cruz Alves
ESTAGIÁRIO(A)

M. e. e.
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Renata Maria Silva de Moraes
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Dolores Queiroz
Renata Maria Silva de Moraes
Diretora

P



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13248618	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)		CNPJ/CPF		
LORENA CAROLINE ERAO ALVES		022.766.346-26		
RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
MG20732856	SSPMG-MG	25/08/2016	21/09/1999	21 anos
Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático	
Feminino	Solteiro(a)	Estudante	() Sim (X) Não	
Endereço		Bairro	CEP	
RUA ALVIN DA SILVA LEMOS, 124 CASA		S FRANCISCO	37902-132	
Cidade	UF	Telefone	E-mail	
PASSOS	MG	(35)8872-7835	RODRIGOASERVIRAS@GMAIL.COM	

DADOS DO CORRETOR

Corretor	Telefone	
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D	(35)3521-9008	
Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP
99003955	0001	202021868
Participação	Tipo de Participação	
100,00 %	CO	

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento		Valor (R\$)	Coeficiente
A VISTA - Carnê	15		63,01	0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito	
			29428030008804556	

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

00002000000000000000000000000000

Criado por: segucebz - 09/09/2021 12:29 Atualizado por: segucebz - 09/09/2021 12:33 Impresso em 09/09/2021 12:34

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2019-54

Assinatura

Assinatura

Proposta Nº 13248618 Vigência 09/09/2021 a 09/09/2022

Versão V10821 Filial VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S)

BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
MIRIAN CRISTINA ERAO ALVES	PAIS		100

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; voo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº 13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do

Criado por: seguracz - 09/09/2021 12:29 Avalizado por: seguracz - 09/09/2021 12:33 Impresso em: 09/09/2021 12:34

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2016-06
 ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900531/2019-54

Erao

[Assinatura]



Liberty Acidentes Pessoais Individual

Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13248618	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

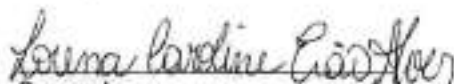
Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data


 Segurado
 LORENA CAROLINE ERAQ ALVES

Corretor



BANCO DO BRASIL |001-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário Liberty Seguros S/A	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 - 04571-000 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.550.141/0001-72	Agência/Cód. Beneficiário 1912-7 / 337753-9	Data do Documento 09/09/2021	Vencimento 16/09/2021
Proposta 13248618	Parcelas 1/1	Nosso Número 29428030008804556	Valor do Documento 63,01	

LIBERTY SEGUROS SA - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 CEP 04571-000 - SÃO PAULO/SP - CNPJ: 01.550.141/0001-72

LORENA CAROLINE ERAO ALVES - CPF: 022.766.346-26

ALVIN DA SILVA LEMOS - 124 - CASA

CEP 37902132 - PASSOS / MG

BANCO DO BRASIL |001-9|

00190.00009 02942.803004 08804.556176 6 87450000006301

Local de Pagamento Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					Vencimento 16/09/2021	
Beneficiário Liberty Seguros S/A					Agência/Código Beneficiário 1912-7 / 337753-9	
Data do Documento 09/09/2021	Nº. do documento 29428030008804556	Espécie Doc DS	Acerto N	Data Processamento 09/09/2021	Nosso Número 29428030008804556	
Uso do Banco	Câmbio 17/043	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(R) Valor do Documento 63,01	
Instruções Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13248618 Prezados(a) Segurados(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes a primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em casos de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					() Descontos/Absolvemento	
					() Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outras Acréscimos	
					(R) Valor Cobrado	

Pagador
LORENA CAROLINE ERAO ALVES - CPF: 022.766.346-26
ALVIN DA SILVA LEMOS - 124 - CASA
CEP 37902132 - PASSOS / MG

Ficha de Compensação

LIBERTY SEGUROS SA - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 CEP 04571-000 - SÃO PAULO/SP - CNPJ: 01.550.141/0001-72

Autenticação Mecânica





Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:30:36
019400194 0002

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
AGÊNCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2
=====

BANCO DO BRASIL

00190000000294280300408804556176687450000006301

BENEFICIÁRIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.550.141/0001-73

PAGADOR:

LORENA CAROLINE ERAO ALVES

CPF: 022.766.346-26

=====

NR. DOCUMENTO 91.683

NOSSO NUMERO 29428030008804556

CONVENIO 02942803

DATA DE VENCIMENTO 16/09/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2021

VALOR DO DOCUMENTO 63,01

VALOR COBRADO 63,01

=====

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente às 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0888

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

10/09/2021 11:10:20

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

10/09/2021 11:30:36

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigosserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIA

Nome: MARIA EDUARDA SILVA JULIO Data de nascimento: 22/09/2000
CPF: 020.662.236-89 RG: MG-20.134.805
Endereço: RUA GOIÁS, 11 - COND. JARDIM DOS PINHEIROS
Bairro: JARDIM POLIVALENTE CEP: 37.900-577 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) _____
Curso: PEDAGOGIA Período: 5º Turno: _____
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: 69.485-1

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbra CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIR ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG
Unidade: Passos
Endereço: Avenida Juca Stockler, 1.130 Bairro: Belo Horizonte CEP: 37900-106
Cidade e Estado: Passos/MG
Telefone: (35) 3529-6007
Representada por: Itamar Teodoro de Faria Cargo/função: Diretor Acadêmico
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____

Maria Eduarda Silva Julio

P



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica comprometido entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de 04 meses, com início em 30/08/2021 e término em 17/12/2021, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias;
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando 25 (vinte e cinco) horas semanais;
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente;
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares;
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso;
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas as atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Moisés Eduardo Silva Junior



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigosserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar meio período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13247701, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 30 de agosto de 2021.

Marcos Eduardo Silva Junior
ESTAGIÁRIO(A)

M. e. i.
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Renata Maria Silva de Moraes
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Dolorés Guimarães
Renata Maria Silva de Moraes
Diretora



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247701	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)
MARIA EDUARDA SILVA JULIO

CNPJ/CPF
020.662.236-89

RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
20134805	SSPMG-MG	18/01/2013	22/09/2000	20 anos
Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático	
Feminino	Solteiro(a)	Estudante	() Sim (X) Não	
Endereço	Bairro		CEP	
RUA GOIAS, 11 AP. 103 - BL 1	JD C PASSOS		37900-226	
Cidade	UF	Telefone	E-mail	
PASSOS	MG	(35)9805-2769	MARIAED.34@HOTMAIL.COM	

DADOS DO CORRETOR

Corretor			Telefone	
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D			(35)3521-9008	
Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP	Participação	Tipo de Participação
99003955	0001	202021868	100,00 %	CO

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$)	Coefficiente
A VISTA - Carnê		63,01	0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito
			29428030008804254

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

00002000000000000000000000000000

Criado por: segucebz 09/09/2021 10:36 Atualizado por: segucebz 09/09/2021 12:10 Impresso em: 09/09/2021 12:11

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2015-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900531/2015-54

Mário E. S. Silva



Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247701	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S)
BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
SUELI CRISTINA SILVA JULIO	IRMÃOS		100

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; voo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº 13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do

Criado por: segucetiz - 09/09/2021 10:36 - Atualizado por: segucetiz - 09/09/2021 12:10 - Impresso em: 09/09/2021 12:11

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP 516-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2016-06
 ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900631/2019-54

Maria E. S. Sueli



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247701	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data

Maria Eduarda Silva Julio
Segurado
MARIA EDUARDA SILVA JULIO

Corretor

Criado por: seguroibz - 09/09/2021 10:36 - Atualizado por: seguroibz - 09/09/2021 12:10 - Impresso em: 09/09/2021 12:11

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 516-5 - Proc. SUSEP nº: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nº: 15414.900631/2019-54

[Assinatura]

BANCO DO BRASIL

|001-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 119 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CPF: 01.326.141/0001-72	Agência/Cód. Beneficiário	1912-7 / 337753-9	Data do Documento	09/09/2021	Vencimento	16/09/2021
Liberty Seguros S/A						Valor do Documento	63,01
Proposta	Parcelas		Nosso Número				
13247701	1/1		29428030008804254				

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 119 CEP 04571-020 - SÃO PAULO SP - CNPJ CNPJ: 01.326.141/0001-72

MARIA EDUARDA SILVA JULIO - CPF: 020.662.236-89

GOIAS - 11 - AP. 103 - BL 1

CEP 37900226 - PASSOS / MG

BANCO DO BRASIL

|001-9|

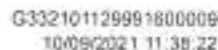
00190.00009 02942.803004 08804.254178 1 87450000006301

Local de Pagamento:					Vencimento	
Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					16/09/2021	
Beneficiário					Agência/Código Beneficiário	
RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 119 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CPF: 01.326.141/0001-72					1912-7 / 337753-9	
Data do Documento		No. do documento	Especie Doc	Arquivo	Data Processamento	Nosso Número
09/09/2021		29428030008804254	DS	N	09/09/2021	29428030008804254
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor		(=) Valor do Documento
	17/043	R\$				63,01
Instruções: Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13247701 Precizado(a) Segurado(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em casos de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					(-) Descontos/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora/Multa	
					(+/-) Outras Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador MARIA EDUARDA SILVA JULIO - CPF: 020.662.236-89 GOIAS - 11 - AP. 103 - BL 1 CEP 37900226 - PASSOS / MG						

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:38:24
B19400194 0001

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2

BANCO DO BRASIL

801988008982942803804088042541781874580008006301

BENEFICIARIO:
LIBERTY SEGUROS S.A.
NOME FANTASIA:
LIBERTY SEGUROS S.A.
CNPJ: 61.550.141/0001-72
PAGADOR:
MARIA EDUARDA SILVA JULI
CPF: 029.662.236-89

NR. DOCUMENTO	91.684
NOSSE NUMERO	29428830008804254
CONVENIO	82942803
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2021
VALOR DO DOCUMENTO	63,01
VALOR COBRADO	63,01

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente às 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

Central de Atendimento BB
4884 0881 Capitais e regiões metropolitanas
0880 729 0801 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC 88
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.

Ouvigatoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 8888
Informações, reclamações, cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinada por	J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO	10/09/2021 11:10:55
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	10/09/2021 11:35:22

Transição efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbras - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoeserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIA

Nome: MIRIÃ MARIA DE SIQUEIRA Data de nascimento: 27/03/1989
CPF: 099.603.036-08 RG: MG-14.860.550
Endereço: RUA BETA, 536
Bairro: JARDIM DAS ESTRELAS CEP: 37.904-042 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) _____
Curso: PEDAGOGIA Período: 3º Turno: Noturno
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: 68.100-8

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbras CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIRO ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG
Unidade: Passos
Endereço: Avenida Juca Stockler, 1.130 Bairro: Belo Horizonte CEP: 37900-106
Cidade e Estado: Passos/MG
Telefone: (35) 3529-6007
Representada por: Itamar Teodoro de Faria Cargo/função: Diretor Acadêmico
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica comprometido entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de 04 meses, com início em 30/08/2021 e término em 17/12/2021, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando 25 (vinte e cinco) horas semanais.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas as atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à Instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar pelo período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13247601, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 30 de agosto de 2021.

Marcia Maria de Oliveira
ESTAGIÁRIO(A)

Marcia
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Renata Maria Silva de Moraes
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Dolores Queiroz
Renata Maria Silva de Moraes
Diretora



Proposta Nº 13247601	Vigência 09/09/2021 a 09/09/2022	Versão V10821	Filial VARGINHA
--------------------------------	--	-------------------------	---------------------------

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)
MIRIA MARIA DE SIQUEIRA

CNPJ/CPF
099.603.036-08

RG MG14860550	Órgão Emissor SSPMG-MG	Data da Emissão 13/11/2013	Data de Nascimento 23/07/1989	Idade 32 anos
Sexo Feminino	Estado Civil Solteiro(a)	Profissão Estudante	Renova Automático () Sim (X) Não	
Endereço RUA BETA, 536 CASA		Bairro PENHA	CEP 37904-042	
Cidade PASSOS	UF MG	Telefone (35)3521-9008	E-mail MIRIA7SIQUEIRA@GMAIL.COM	

DADOS DO CORRETOR

Corretor SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D	Telefone (35)3521-9008
Cód.LS 99003955	Participação 100,00 %
Cód.Estabelecimento 0001	Tipo de Participação CO
Cód. SUSEP 202021868	

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$) 62,77	Adic. Frac.(R\$) 0,00	Custo Apólice(R\$) 0,00	IOF(R\$) 0,24	Prêmio Total(R\$) 63,01	Juros(%) 0,00
-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	-------------------------

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança A VISTA - Camê	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$) 63,01	Coefficiente 0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito 29428030008802928

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

00002000000000000000000000000000

Criado por: segucebz - 09/09/2021 10:27 Atualizado por: segucebz - 09/09/2021 10:29 Impresso em: 09/09/2021 10:29

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-05
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2019-54




Proposta Nº 13247601	Vigência 09/09/2021 a 09/09/2022	Versão V10821	Filial VARGINHA
--------------------------------	--	-------------------------	---------------------------

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S)
BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
MARTA APARECIDA SIQUEIRA	PAIS		50
JOSE LOPES DE SIQUEIRA	PAIS		50

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; vôo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº

Criado por: segucet2 - 09/09/2021 10:27 - Atualizado por: segucet2 - 09/09/2021 10:29 - Impresso em: 09/09/2021 10:29

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 154/14.901059/2016-06
 ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-5 - Proc. SUSEP nºs: 154/14.900603/2016-54




Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247601	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

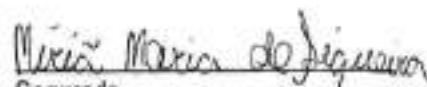
Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data


Segurado
MIRIA MARIA DE SIQUEIRA

Corretor

Criado por: segucebz - 09/09/2021 10:27 Atualizado por: segucebz - 09/09/2021 10:29 Impresso em: 09/09/2021 10:29

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900631/2019-54



BANCO DO BRASIL

|001-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário Liberty Seguros S/A	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.590.141/0001-72	Agência/Cód. Beneficiário 1912-7 / 337753-9	Data do Documento 09/09/2021	Vencimento 16/09/2021
Proposta 13247601	Parcelas 1/1	Nosso Número 29428030008802928	Valor do Documento 63,01	

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ CNPJ: 01.590.141/0001-72

MIRIA MARIA DE SIQUEIRA - CPF: 099.603.036-08

BETA - 536 - CASA

CEP 37904042 - PASSOS / MG

BANCO DO BRASIL

|001-9|

00190.00009 02942.803004 08802.928179 3 87450000006301

Local de Pagamento Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					Vencimento 16/09/2021
Beneficiário Liberty Seguros S/A					Agência/Código Beneficiário 1912-7 / 337753-9
Data do Documento 09/09/2021	No. do documento 29428030008802928	Espécie Doc DS	Assila N	Data Processamento 09/09/2021	Nosso Número 29428030008802928
Uso do Banco	Carteira 17/043	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 63,01
Instruções Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13247601 Prezado(s) Segurado(s) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta do pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em casos de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador
MIRIA MARIA DE SIQUEIRA - CPF: 099.603.036-08
BETA - 536 - CASA
CEP 37904042 - PASSOS / MG

Ficha de Compensação

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ CNPJ: 01.590.141/0001-72



Autenticação Mecânica



Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:39:46
019400194 0002

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2
=====

BANCO DO BRASIL

00190000000294280300408802928179387450000006301

BENEFICIARIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.550.141/0001-72

PAGADOR:

MIRIA MARIA DE SIQUEIRA

CPF: 099.603.036-08

=====

NR. DOCUMENTO	91.605
NOSSO NUMERO	294280300008802928
CONVENIO	02942803
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2021
VALOR DO DOCUMENTO	63,01
VALOR COBRADO	63,01

=====

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente às 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0000

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

10/09/2021 11:11:51

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

10/09/2021 11:39:45

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbras - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigopassoserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIA

Nome: PRISCILA LUCIA MACHADO Data de nascimento: 04/06/1984
CPF: 066.142.666-16 RG: MG-13.882.653
Endereço: RUA LOCUBA, 173
Bairro: RES. PORTAL DAS PALMEIRAS CEP: 37.904-608 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) 9.9963-8797
Curso: PEDAGOGIA Período: 4º Turno: EAD
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: 69.483-5

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbras CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIRO ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade de Franca – UNIFRAN
Unidade: FRANCA
Endereço: Avenida Dr. Amâncio de Sâles Oliveira, 201 Bairro: Parque Universitário CEP: 14.404-600
Cidade e Estado: Franca/SP
Telefone: 0800 721 5844
Representada por: Profa. Dra. Kátia Jorge Ciuffi Cargo/função: Reitora
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____

Priscila Lucia Machado

[Assinatura]



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0664 - email: rodrigocaseriras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica compromissado entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de 04 meses, com início em 30/08/2021 e término em 17/12/2021, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando 25 (vinte e cinco) horas semanais.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas as atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Priscila Lucia Machado



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigosserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar pelo período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº **13248576**, da Seguradora **LIBERTY SEGUROS**.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 30 de agosto de 2021.

Priscila Lucia Machado
ESTAGIÁRIO(A)

Mae
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Renata Maria Silva de Moraes
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Dolores Queiroz
Renata Maria Silva de Moraes
Diretora

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13248576	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)			CNPJ/CPF	
PRISCILA LUCIA MACHADO			066.142.666-16	
RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
NAO INFORMADO	SSP-MG	02/06/2000	04/06/1984	37 anos
Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático	
Feminino	Solteiro(a)	Estudante	() Sim (X) Não	
Endereço		Bairro	CEP	
RUA LOCUBA, 173		RES P PALMEIRAS	37904-608	
Cidade	UF	Telefone	E-mail	
PASSOS	MG	(35)9963-8797	PITILADEZ@GMAIL.COM	

DADOS DO CORRETOR

Corretor			Telefone	
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D			(35)3521-9008	
Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP	Participação	Tipo de Participação
99003955	0001	202021868	100,00 %	CO

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	1 0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$)	Coefficiente
A VISTA - Carnê	10	63,01	0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito
			29428030008804459

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Fim do novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

00002000000000000000000000000000

Criado por: segurabiz - 09/09/2021 12:19 - Atualizado por: segurabiz - 09/09/2021 12:22 - Impresso em: 09/09/2021 12:22

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2016-54

Priscila, Lucia Machado

P

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13248576	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S)
BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
DAULI FIRMINO MACHADO	PAIS		50
MARIA DO ROSARIO MACHADO	PAIS		50

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; voo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

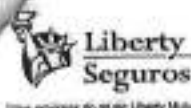
3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº

Criado por: segucetbz - 09/09/2021 12:19 - Atualizado por: segucetbz - 09/09/2021 12:22 - Impresso em: 09/09/2021 12:22

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.560.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2019-54

Burcila Luiza Machado



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13248576	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data

Priscila Lucia Machado

Segurado

PRISCILA LUCIA MACHADO

Corretor

Criado por: segucbz - 09/09/2021 12:19 Atualizado por: segucbz - 09/09/2021 12:22 Impresso em: 09/09/2021 12:22

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901065/2018-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.257.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2018-54

Beneficiário Liberty Seguros S/A	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.593.141/0001-72	Agência/Cód. Beneficiário 1912-7 / 337753-9	Data do Documento 09/09/2021	Vencimento 16/09/2021
Proposta 13248576	Parcelas 1/1	Nosso Número 29428030008804459	Valor do Documento 63,01	

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ/CNPJ: 01.593.141/0001-72

PRISCILA LUCIA MACHADO - CPF: 066.142.666-16

LOCUBA - 173 -

CEP 37904608 - PASSOS / MG

Local de Pagamento Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					Vencimento 16/09/2021
Beneficiário Liberty Seguros S/A					Agência/Código Beneficiário 1912-7 / 337753-9
Data do Documento 09/09/2021	No. do documento 29428030008804459	Espécie Doc DS	Acerto N	Data Processamento 09/09/2021	Nosso Número 29428030008804459
Uso do Bônus	Carteira 17/043	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 63,01
Instruções Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13248576 Prezado(a) Segurado(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em caso de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					(-) Descontos/Apostamento
					(-) Outras Deduções
					(*) Moreia/Multa
					(*) Outras Acreditadas
					(=) Valor Cobrado

Pagador
PRISCILA LUCIA MACHADO - CPF: 066.142.666-16
LOCUBA - 173 -
CEP 37904608 - PASSOS / MG

Ficha de Compensação

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ/CNPJ: 01.593.141/0001-72



Autenticação Mecânica



Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:40:28
0019400194 0001

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2

BANCO DO BRASIL

00190000000294280300408804459173187450000006301

BENEFICIÁRIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.558.141/0001-72

PAGADOR:

PRISCILA LUCIA MACHADO

CPF: 066.142.666-16

NR. DOCUMENTO	91.606
NOSSO NUMERO	294280300000004459
CONVENIO	02942803
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2021
VALOR DO DOCUMENTO	63,01
VALOR COBRADO	63,01

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente às 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por	J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO	10/09/2021 11:12:26
	J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA	10/09/2021 11:40:28

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbras - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIA

Nome: VIVIANE DOS SANTOS COIMBRA CARVALHO Data de nascimento: 01/12/1975
CPF: 029.229.736-03 RG: MG-8.601.953
Endereço: RUA ALAGOAS, 237
Bairro: CARMELO CEP: 37.900-193 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) _____
Curso: PEDAGOGIA Período: 3º Turno: _____
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: 69.266-2

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbras CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIRÓ ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade de Franca – UNIFRAN
Unidade: FRANCA
Endereço: Avenida Dr. Amâncio de Sáles Oliveira, 201 Bairro: Parque Universitário CEP: 14.404-600
Cidade e Estado: Franca/SP
Telefone: 0800 721 5844
Representada por: Profa. Dra. Kátia Jorge Cluffi Cargo/função: Reitora
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica comprometido entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de **04 meses**, com início em **30/08/2021** e término em **17/12/2021**, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando **25 (vinte e cinco) horas** semanais.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**, que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas às atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à Instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar à Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Paula

A



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoeserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora compromissado, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à Instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar pelo período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13247099, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 30 de agosto de 2021.

Elivone dos Santos Coimbra Carmelino
ESTAGIÁRIO(A)

[Assinatura]
REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Sonata Florio Silva de Souza
SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Dolores Quelmoz
Renda Social - Educação Infantil
Diretora



Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247099	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)			CNPJ/CPF	
VIVIANE DOS SANTOS COIMBRA CARVALHO			029.229.736-03	
RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
MG8601953	SSPMG-MG	01/02/2016	01/12/1975	45 anos
Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático	
Feminino	Casado(a)	Estudante	() Sim (X) Não	
Endereço		Bairro	CEP	
RUA VIA LACTEA, 30 AP. 2 - BL. A		PENHA	37904-046	
Cidade	UF	Telefone	E-mail	
PASSOS	MG	(35)98859-7375	viviane.coimbra6@gmail.com	

DADOS DO CORRETOR

Corretor	Telefone		Tipo de Participação	
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVICOS D	(35)3521-9008		CO	
Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP	Participação	
99003955	0001	202021868	100,00 %	

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$)	Coefficiente
A VISTA - Carnê	10	63,01	0,00
Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito
			29428030008802448

ATENÇÃO:

- Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
- O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
- Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

0000200000000000000000000000000000

Criado por: segucebz - 09/09/2021 09:38 - Atualizado por: segucebz - 09/09/2021 09:48 - Impresso em: 09/09/2021 09:52

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.500.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900831/2019-54




Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247099	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
GUSTAVO CARVALHO	COIMBRA FILHOS		50
HENRIQUE CARVALHO	COIMBRA FILHOS		50

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; voo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr.

Criado por: seguebz - 09/09/2021 09:38 - Atualizado por: seguebz - 09/09/2021 09:48 - Impresso em: 09/09/2021 09:52

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2019-54



Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13247099	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.

3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº 13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES**CORRETOR:**

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Local e Data

Oliveira dos Santos Lambielorullo

Criado por: seguroctz - 09/09/2021 09:38 - Atualizado por: seguroctz - 09/09/2021 09:48 - Impresso em: 09/09/2021 09:52

Liberty Seguros S/A - CNPJ 61.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901055/2016-08
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2015-54

P

BANCO DO BRASIL

|001-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário	RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.520.141/0001-72	Agência/Cod. Beneficiário	1912-7 / 337753-9	Data do Documento	09/09/2021	Vencimento	16/09/2021
Proposta	13247099	Parcelas	1/1	Nosso Número	29428030008802448	Valor do Documento	63,01

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 110 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP - CNPJ: 01.520.141/0001-72
 VIVIANE DOS SANTOS COIMBRA CARVALHO - CPF: 029.229.736-03
 VIA LACTEA - 30 - AP. 2 - BL. A
 CEP 37904046 - PASSOS / MG

BANCO DO BRASIL

|001-9|

00190.00009 02942.803004 08802.448178 1 87450000006301

Local de Pagamento					Vencimento	
Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					16/09/2021	
Beneficiário					Agência/Código Beneficiário	
Liberty Seguros S/A					1912-7 / 337753-9	
Data do Documento	No. do documento	Espécie Doc	Acurte	Data Processamento	Nosso Número	
09/09/2021	29428030008802448	DS	N	09/09/2021	29428030008802448	
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	[=] Valor do Documento	
	17/043	R\$			63,01	
Instruções Produto: 82063 Parcela: 01/01 Proposta: 13247099 Prezado(a) Segurado(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em casos de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					[-] Descontos/Absolvidos	
					[-] Outras Deduções	
					[-] Moral/Multa	
					[-] Outros Acréscimos	
					[+/-] Valor Coberto	
Pagador VIVIANE DOS SANTOS COIMBRA CARVALHO - CPF: 029.229.736-03 VIA LACTEA - 30 - AP. 2 - BL. A CEP 37904046 - PASSOS / MG						

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:26:59
019400194 0002

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIAÇÃO S A SOCIAL
AGÊNCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2

BANCO DO BRASIL

00190000000294280300408802448178187450000006301

BENEFICIÁRIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.550.141/0001-72

PAGADOR:

VIVIANE DOS SANTOS COIMBRA CARVALHO

CPF: 029.229.736-03

NR. DOCUMENTO	91.601
NOSSO NUMERO	29428030000002448
CONVENIO	02942803
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2021
VALOR DO DOCUMENTO	63,01
VALOR COBRADO	63,01

PAGAMENTO AGENDADO.

A quitação efetiva desse débito dependerá da validação das condições de pagamento junto ao beneficiário e da existência de saldo na sua conta-corrente as 23:45h da data escolhida. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitação.

Central de Atendimento BB

4084 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informações e serviços transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamento de produtos e serviços.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas nos canais habituais agência, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

10/09/2021 11:08:49

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

10/09/2021 11:26:58

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbras - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - e-mail: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

Pelo presente instrumento de acordo para efetivação de estágio não obrigatório
as partes entre si, justas e compromissadas, a seguir designadas:

ESTAGIÁRIO(A)

Nome: YASMIN COSTA RODRIGUES Data de nascimento: 17/10/1982
CPF: 128.853.976-24 RG: 3.661.086
Endereço: RUA SANTA TEREZINHA, 160
Bairro: SANTA TEREZINHA CEP: 37.902-082 Cidade e Estado: PASSOS/MG
Telefone: (35) _____ Celular: (35) 9.9120-5534
Curso: PEDAGOGIA Período: 5º Turno: _____
Banco: Banco do Brasil Agência: 0194-5 Conta Corrente: _____

CONCEDENTE

Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 20.925.087/0001-15
Endereço: Rua Campos Gerais, nº 899 Bairro: Coimbras CEP: 37.904-308 Cidade e Estado: Passos / MG
Representada por: JAIRO ROBERTO DA SILVA
Cargo/função: PRESIDENTE
Local de Estágio: o mesmo
Supervisor de Estágio: Renata Maria Silva Batista Formação: NORMAL SUPERIOR e PEDAGOGIA
Telefone: 35-9.9891-6239 E-mail: msm_renata@hotmail.com

INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG
Unidade: Passos
Endereço: Avenida Juca Stockler, 1.130 Bairro: Belo Horizonte CEP: 37900-106
Cidade e Estado: Passos/MG
Telefone: (35) 3529-6007
Representada por: Itamar Teodoro de Faria Cargo/função: Diretor Acadêmico
Professor Orientador de Estágio: _____
Área de Formação: _____

Y.C.R.

P



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - e-mail: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

Acordam e estabelecem as cláusulas e condições que regerão este Termo de Compromisso de Estágio, fundamentado na Lei Federal nº 11.788, de 25/09/2008, publicada no DOU de 26/09/2008 e na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Termo de Compromisso de Estágio ora assinado segue as condições gerais fixadas. Para estágios obrigatórios, além destas, devem ser cumpridas as cláusulas definidas em convênio prévio celebrado entre a CONCEDENTE e a UEMG, caso haja.

CLÁUSULA SEGUNDA: Fica comprometido entre as partes que:

- este Termo de Compromisso de estágio terá vigência de 04 meses, com início em 08/09/2021 e término em 17/12/2021, podendo ser rescindido a qualquer tempo, unilateralmente, mediante comunicado escrito com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.
- as atividades de estágio a serem cumpridas pelo (a) estagiário (a) serão desenvolvidas de segunda-feira à sexta-feira, das ____:____ às ____:____, totalizando 25 (vinte e cinco) horas semanais.
- a jornada de atividade de estágio deverá compatibilizar-se com o horário escolar do (a) estagiário (a) e com o horário do (a) concedente.
- fica assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.
- Fica vedada a fruição do período de recesso em pecúnia, ficando o Setor contratante responsável pela fiscalização do gozo do recesso em dias descansados. Dessa forma, é determinado que para cada período de 12 (doze) meses, um desses meses é destinado ao recesso.
- O recesso será concedido proporcionalmente, à razão de dois dias e meio, por mês cheio. Considera-se como mês cheio, para efeito de cálculo de tempo proporcional, aqueles que tiverem completados 15 (quinze) ou mais dias. Para os meses em que não foram atingidos os 14 (quatorze) dias, para efeito de cálculo de tempo proporcional, o período será desprezado.

Exemplo 1: Cálculo de recesso proporcional, no dia 10/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 10 (dias desconsiderados)

Cálculo: $7 \times 2,5 = 17,5$

O estagiário faz jus a 18 dias de recesso.

Exemplo 2: Cálculo de recesso proporcional, no dia 20/08/2018, para estagiário que iniciou suas atividades em 01/01/2018:

Número de meses completos: 7

Quantidade de dias de mês incompleto: 20 (considera-se mês completo)

Cálculo: $8 \times 2,5 = 20$

O estagiário faz jus a 20 dias de recesso.

- o concedente oferecerá uma contraprestação (bolsa) ao estagiário. O valor acordado entre as partes é de R\$ 500,00 (quinhentos reais), que será pago mensalmente e terá por base de cálculo o número de horas efetivamente dedicadas às atividades de estágio.

CLÁUSULA TERCEIRA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a Concedente:

- garantir ao estagiário o cumprimento das exigências escolares, inclusive no que se refere ao horário escolar;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) atividade de aprendizagem social, profissional e cultural compatíveis com sua formação profissional;
- proporcionar ao (a) estagiário (a) condições de treinamento prático e de relacionamento humano;
- proporcionar à Instituição de ensino subsídios que possibilitem o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio;
- manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
- enviar a Instituição de Ensino, ao final do estágio, um relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Y.C.R



Associação Servirás de Assistência Social

Rua Campos Gerais, nº 899, Bairro Coimbra - CEP 37.904-308 - Passos/MG
Telefone: (35) 4103-0056 / 9.9971-0864 - email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

CLÁUSULA QUARTA: No desenvolvimento do estágio ora comprometido, caberá a (o) estagiário (a):

- cumprir com todo o empenho e interesse a programação estabelecida para seu estágio;
- observar as diretrizes e/ou normas internas do (a) concedente e os dispositivos legais aplicáveis ao estágio;
- comunicar à instituição de ensino qualquer fato relevante sobre seu estágio;
- elaborar e entregar ao concedente, para posterior análise da instituição de ensino, relatório sobre o estágio, na forma estabelecida por esta última.

CLÁUSULA QUINTA: O estagiário terá direito a trabalhar meio período no dia de realização de exames escolares, desde que devidamente comprovados pela Instituição de Ensino, mediante declaração do Professor responsável pelo exame, ou comprovação do período de exames emitido pela Universidade.

CLÁUSULA SEXTA: Na vigência regular do presente Termo de Compromisso, o (a) estagiário (a) estará incluído (a) na cobertura de seguro contra acidentes pessoais proporcionada pela Apólice de nº 13249895, da Seguradora LIBERTY SEGUROS.

CLÁUSULA SÉTIMA: Constituem-se motivos para interrupção automática da vigência do presente Termo de Compromisso de estágio:

- a conclusão ou abandono do curso e o trancamento da matrícula;
- o não cumprimento do convencionado neste Termo de Compromisso;
- iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA OITAVA: O presente estágio não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre o (a) estagiário (a) e o (a) concedente, nos termos do que dispõe o § 1º do Art. 12 da Lei nº 11.788/2008.

CLÁUSULA NONA: De comum acordo, as partes elegem o Foro da Comarca de Passos/MG, renunciando, desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para que sejam dirimidas quaisquer questões oriundas do presente instrumento.

E, por estarem de inteiro e comum acordo com os termos ora ajustados no Termo Compromisso de Estágio, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Passos/MG, 08 de setembro de 2021.

ESTAGIÁRIO(A)

REPRESENTANTE DA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

SUPERVISOR DE ESTÁGIO NA CONCEDENTE:
(Carimbo e assinatura)

Creche Infância Queimz
Renata Maria Silva
Diretora

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13249895	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

DADOS DO(A) PROPONENTE

Nome do(a) Proponente/Segurado(a)
YASMIN COSTA RODRIGUES

CNPJ/CPF
128.853.976-24

RG	Órgão Emissor	Data da Emissão	Data de Nascimento	Idade
NAO INFORMADA	SSP-MG	02/06/2000	17/10/1982	38 anos

Sexo	Estado Civil	Profissão	Renova Automático
Feminino	Casado(a)	Estudante	() Sim (X) Não

Endereço	Bairro	CEP
RUA SANTA TEREZINHA, 160	S FRANCISCO	37902-082

Cidade	UF	Telefone	E-mail
PASSOS	MG	(35)9120-5534	YASMINRODRIGUES92@HOTMAIL.COM

DADOS DO CORRETOR

Corretor
SEGURALL - CORRETAGEM DE SEGUROS E SERVIÇOS D

Telephone
(351) 3521-9008

Cód.LS	Cód.Estabelecimento	Cód. SUSEP	Participação	Tipo de Participação
99003955	0001	202021868	100.00 %	CO

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

Prêmio Líquido(R\$)	Adic. Frac.(R\$)	Custo Apólice(R\$)	IOF(R\$)	Prêmio Total(R\$)	Juros(%)
62,77	0,00	0,00	0,24	63,01	0,00

FORMA DE PAGAMENTO

Tipo de Cobrança	Dia Preferencial para Pagamento	Valor (R\$)	Coefficiente
A VISTA - Carnê		63.01	0.00

Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Nº Teleoc / Nº Cartão de Crédito
			29428030008806290

ATENÇÃO:

1. Os valores expressos nesta proposta, independentemente da oferta de garantia ou cobertura, estão expressos em Reais, têm validade de 5 (cinco) dias corridos, e podem sofrer alteração até a data de efetivação.
2. O simples recebimento de prêmio a título de pagamento à vista ou adiantamento da 1ª parcela não implica em aceitação do risco proposto.
3. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela, ficará o Segurado sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado *pro-rata temporis*, podendo ser cobrado ainda o valor de R\$ 50,00 a título de despesas operacionais.

Em conformidade com os termos que regem as Condições Gerais deste seguro, fica entendido e acordado que:

- I - A falta de pagamento da primeira parcela implicará no automático cancelamento da apólice, desde o início da vigência.
- II - A falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar no automático cancelamento da apólice, observados os termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio constante das Condições Gerais do seguro.
- III - Findo o novo prazo concedido para pagamento, nos termos da Cláusula de Fracionamento de Prêmio, sem que tenha sido efetuado o pagamento da parcela, operar-se-á de pleno direito a rescisão do contrato de seguro, com consequente cancelamento da apólice.

00002000000000005000300000

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13249895	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

COBERTURAS

Coberturas Contratadas	Cap. Segurado (R\$)	Prêmio (R\$)	Franquia	Carência
Morte Acidental	20.000,00	38,63		
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	24,14		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES

Liberty Sorteio

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Grau de Parentesco	Indicação	% de Indenização
MARCIO ANTONIO OLIVEIRA	COSTA IRMÃOS		100

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (DPS)

Descrição	Titular
Encontra-se atualmente em plenas condições físicas e mentais sem episódios de afastamento de suas atividades profissionais por mais de 15 dias por acidente?	Sim
Possui alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	Não
É tripulante ou exerce alguma atividade profissional a bordo de aeronaves de linhas regulares ou não regulares?	Não
É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como: motocross; automobilismo; hipismo; rodeio; balonismo; asa delta; vôo livre; paraquedismo; alpinismo; escalada; bungee-jumping; rapel; arborismo; mergulho ou algum esporte considerado de alto risco?	Não

1. Cobertura:

1.1. A Liberty dispõe legalmente de 15 (quinze) dias contados do recebimento eletrônico da proposta para análise e aceitação do risco.

2. Importante:

2.1. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice após o vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
 2.2. A aceitação do seguro está sujeita a análise do risco.

3. Informações Gerais:

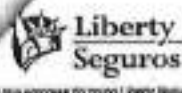
3.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
 3.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do nº de seu registro na autarquia, seu nome completo, CNPJ ou CPF.
 3.3. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.
 3.4. A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão do processo, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - 11º andar - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria.
 3.5. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº

Criado por: seguradiz - 09/09/2021 14:51 - Atualizado por: seguradiz - 09/09/2021 14:55 - Impresso em: 09/09/2021 14:55

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.590.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs: 15414.901059/2016-05
 ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs: 15414.900631/2016-54

Y. L. R.

[Assinatura]



Liberty Acidentes Pessoais Individual Proposta

Proposta Nº	Vigência	Versão	Filial
13249895	09/09/2021 a 09/09/2022	V10821	VARGINHA

13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

DECLARAÇÕES

CORRETOR:

Declaro que apresentei ao Segurado as Condições Gerais do Seguro e que o mesmo está ciente de seu conteúdo, bem como das informações lançadas na presente proposta.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

SEGURADO:

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente.

Estou de acordo que, havendo necessidade, enviarei relatórios ou exames médicos, para análise confidencial pela assessoria médica da Seguradora. Autorizo a Seguradora obter informações sobre meu estado de saúde, no presente e no passado, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

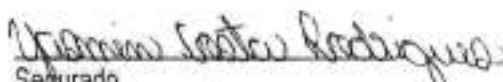
Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas, observados os termos da Cláusula de Pagamento e Fracionamento de Prêmio, das Condições Gerais do Seguro.

Declaro não ser ou ter relacionamento com Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras, de acordo com os termos da circular 445/2012.

As partes reconhecem e concordam que a presente Proposta de Seguro será assinada e aceita com o uso de plataformas de assinatura eletrônica e/ou por certificados digitais, e que tal assinatura será juridicamente válida e vinculativa para fins do artigo 219 do Código Civil, na mesma medida que uma assinatura cursiva, nos termos do artigo 10, §2º, da Medida Provisória nº 2.200/2001.

Declaro ainda que li e concordo com as Condições Gerais do Seguro em questão, que me foram apresentadas por meu Corretor, e que estou ciente de que as mesmas encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correlo.

Local e Data


Segurado
YASMIN COSTA RODRIGUES

Corretor

Criado por: segurobz - 09/09/2021 14:51 Atualizado por: segurobz - 09/09/2021 14:55 Impresso em: 09/09/2021 14:55

Liberty Seguros S/A - CNPJ 01.550.141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nºs 15414.901059/2016-06
ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A - CNPJ 74.267.170/0001-73 - Cód. SUSEP: 514-8 - Proc. SUSEP nºs 15414.900631/2019-54



BANCO DO BRASIL

|001-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário Liberty Seguros S/A		RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 - 04571-020 - SÃO PAULO - SP CNPJ: 01.550.141/0001-72		Agência/Cod. Beneficiário 1912-7 / 337753-9	Data do Documento 09/09/2021	Vencimento 16/09/2021
Proposta 13249895	Parcelas 1/1	Nosso Número 29428030008806290			Valor do Documento 63,01	

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 - CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ/CNPJ: 01.550.141/0001-72

YASMIN COSTA RODRIGUES - CPF: 128.853.976-24

SANTA TEREZINHA - 160 -

CEP 37902082 - PASSOS / MG

BANCO DO BRASIL

|001-9|

00190.00009 02942.803004 08806.290170 3 87450000006301

Local de Pagamento Pagável preferencialmente nas agências do Banco do Brasil					Vencimento 16/09/2021	
Beneficiário Liberty Seguros S/A					Agência/Código Beneficiário 1912-7 / 337753-9	
Data do Documento 09/09/2021	No. do documento 29428030008806290	Espécie Doc DS	Acervo N	Data Processamento 09/09/2021	Nosso Número 29428030008806290	
Uso do Banco	Carteira 17/043	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(*) Valor do Documento 63,01	
Instruções Produto: 82003 Parcela: 01/01 Proposta: 13249895 Prezado(a) Segurado(a) a falta do pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento da apólice e a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante no contrato de seguro. O pagamento em atraso não obriga a cobertura em caso de sinistros ocorridos. Pagável em qualquer banco até 16/09/2021. Não receber após o vencimento.					(-) Descontos (Abatimento)	
					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora/Multa	
					(+/-) Outras Ações	
					(+/-) Valor Cobrado	

Pagador
YASMIN COSTA RODRIGUES - CPF: 128.853.976-24
SANTA TEREZINHA - 160 -
CEP 37902082 - PASSOS / MG

Ficha de Compensação

LIBERTY SEGUROS S/A - RUA DOUTOR GERALDO CAMPOS MOREIRA, 115 - CEP 04571-020 - SÃO PAULO/SP - CNPJ/CNPJ: 01.550.141/0001-72



Autenticação Mecânica

G332101129991600021
10/09/2021 11:41:08

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

10/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:41:08
019408194 0002

AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO S A SOCIAL
AGENCIA: 0194-5 CONTA: 69.221-2
=====

BANCO DO BRASIL

00190000090294280300408806290170387450000006301

BENEFICIÁRIO:

LIBERTY SEGUROS S.A.

NOME FANTASIA:

LIBERTY SEGUROS S.A.

CNPJ: 61.550.141/0001-72

PAGADOR:

YASMIN COSTA RODRIGUES

CPF: 128.853.976-24

NR. DOCUMENTO 91.607

NOSSO NUMERO 2942803008806290

CONVENIO 02942803

DATA DE VENCIMENTO 16/09/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2021

VALOR DO DOCUMENTO 63,01

VALOR COBRADO 63,01

=====

PAGAMENTO AGENDADO.
A quitação efetiva desse débito dependerá da
validação das condições de pagamento junto
ao beneficiário e da existência de saldo na
sua conta-corrente as 23:45h da data escolhida.
O comprovante definitivo somente será emitido
após a quitação.

=====

Central de Atendimento BB
0800 0801 Capitais e regiões metropolitanas
0800 729 0801 Demais localidades.
Consultas, informações e serviços transacionais.SAC BB
0800 729 0722
Informações, reclamações, cancelamento de
produtos e serviços.Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamações não solucionadas nos canais
habituais agência, SAC e demais canais de
atendimento.Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0808
Informações, reclamações, cancelamento de cartão,
outros produtos e serviços de Ouvidoria.

Assinado por J7584055 ELSON SANTOS DO CARMO

10/09/2021 11:12:58

J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA

10/09/2021 11:41:08

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J7584050 JAIR ROBERTO DA SILVA.



Associação Servirás de Assistência Social
Rua Campos Gerais Nº 899, Bairro Coimbras- CEP 37.904.308 – Passos/MG
Telefone: 35 4103 0056 – email: rodrigoaserviras@gmail.com
CNPJ: 20.925.087/0001-15

DATA:

30/09/2021

2. RELATÓRIO DE CUMPRIMENTO DO OBJETO

PROCESSO:
____/2021

PRESTAÇÃO DE CONTAS
(X) PARCIAL () FINAL

PARCELA Nº: 08

SETEMBRO

TERMO DE FOMENTO Nº
010/2021

COMPETÊNCIA: 09/2021

NOME OSC: ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

OBJETO: REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS ORIUNDOS DAS RECEITAS DO FUNDEB.

VALOR: R\$ 30.147,90 (trinta mil, centos e quarenta e sete reais e noventa centavos).

O Relatório de Cumprimento do Objeto –

A entidade vem através deste relatar as suas atividades no mês de setembro de 2021 com as ações desenvolvidas para o devido cumprimento do objeto pactuado pelo Termo de Fomento nº 010/2021 firmado entre a Entidade e o Município de Passos/MG.

O Projeto “Promovendo a Educação Infantil-Direito das Crianças” tem como objetivo geral a promoção de ações de cunho educacional para desenvolver e manter o atendimento em tempo integral de 120 (cento e vinte) crianças entre 0 a 3 anos em período integral.

A parceria firmada entre o Município de Passos e a Associação Servirás de Assistência Social viabiliza o repasse de recursos financeiros a entidade credenciada para que esta possa ofertar a Educação Infantil com o objetivo de alcançar as propostas do Plano de Educação e as metas da Secretaria de Educação previstas na Lei 3.150 de 24 de junho de 2015 que autorizou o funcionamento da Pré Escola Chapeuzinho Vermelho no espaço disponibilizado por nossa entidade.

As metas referentes ao mês de setembro foram alcançadas e realizadas de acordo com as diretrizes da Educação Infantil.

A população do Bairro Coimbras e adjacentes foi beneficiada uma vez que os profissionais habilitados para a execução dos objetivos propostos corresponderam às ações indicadas. As atividades realizadas foram às seguintes: Conforme Cronograma, na semana 08/09 à 10/09, TRAÇOS, SONS, CORES E FORMAS: Após cantarmos a música “A cobra não tem pé”, foi proposta uma atividade utilizando tinta, limão e um galho seco. As crianças deveriam colar o galho na folha e carimbar utilizando o limão e a tinta para reproduzirem a cobra subindo no pé de limão. De 13/09 à 18/09 CORPO, GESTO

E MOVIMENTO E ESCUTA, FALA, PENSAMENTO E IMAGINAÇÃO convidei as crianças psawr4a assistirem um vídeo "A cachorrinha amora", comentando com as crianças que o livro não tem escrita, mas que autores irão nos contar a história, prestando bastante atenção para que descobríssemos porque será que tinha uma menina triste? Em seguida fizemos a atividade do portfólio página 3, a criança irá comparar a imagem de um cachorro e uma criança e ligar as partes do corpo que tem iguais. O objetivo dessa atividade educativa é ensinar para a criança a identificarem as partes do corpo. De 20/09 à 24/09 TRAÇOS, CORES E FORMAS esta aula exploramos o tema da semana "sapo" foi proposto para a criança cantar e fazer os gestos com a música "Sapo não lava o pé" com ajuda de um fantoche estimulando a comunicação/oralidade e, percepção auditiva, além de estimular os gestos e a imaginação depois falar dos hábitos de higiene e que são importantes para todos. ESPAÇO, TEMPOS, QUANTIDADES, RELAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES: No dia 21 de Setembro comemoramos o dia da árvore, na nossa aula de hoje exploramos o tema Comemorar o Dia da Árvore, é importante para despertar a consciência ecológica nos alunos desde cedo, mostrar a importância das árvores para o planeta e sensibilizar as crianças para os benefícios da árvore no dia a dia de todos os seres vivos e desenvolvimento da educação ambiental de maneira lúdica. A educação ambiental é imprescindível pois é através dela que iremos sensibilizar a futura geração hoje proposto a plantar, feijão, objetivo deste experimento é observar e acompanhar a germinação, o desenvolvimento do feijão a cada dia e observar a caracterização de um ser vivo. Regar, cuidar, acompanhar a natureza são importantes para um melhor entendimento.

Não poderíamos deixar de mencionar que os valores repassados a entidade não são suficientes para cobrir todas as suas necessidades financeiras, sendo necessária então a utilização de meios como Bazar da Pechincha, Oficina de Costura, Doações de Associados e outras ações para garantir a qualidade da educação às crianças assistidas pela entidade.

Metas:

Numero de crianças atendidas	Numero de crianças com 10 faltas ou mais injustificadas	Lista de Espera	Comparativo com mês anterior	Mobilidade
120	0	10		

Justificativa e Indicadores:

As metas de atendimento para o mês de Setembro foram cumpridas conforme instruções da Secretaria da Educação, da implantação do Ensino Remoto.


ASSOCIAÇÃO SERVIRÁS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
JAIRO ROBERTO DA SILVA
PRESIDENTE

ATIVIDADES PARA O RELATÓRIO MENSAL – SETEMBRO 2021

BERÇARIO VERDE

BERCÁRIO



Atividade com quebra-cabeça:

Nessa atividade com o quebra-cabeça trabalhamos a memorização, cognição, ajuda no desenvolvimento da coordenação motora, além de exercitar a memória visual, promove a interação social.

MATERNAL 1 AZUL



Atividade: Trabalhando as emoções.

Nessa atividade, trabalhando as emoções através de figuras simbolizando as emoções, este tema é muito importante para que cada criança saiba conhecer as emoções e sentimentos, é importante também por proporcionar o desenvolvimento da empatia e respeito além de estimular a externalizar o que está sentindo.

MATERNAL 1 ROSA



Atividade Conhecendo a fruta limão:

Nesta atividade as crianças conheceram a fruta limão, experimentando desenvolvendo o paladar e depois brincando de carimbar com o limão. Provar e identificar os diferentes sabores são um estímulo aos sentidos, ajudando no desenvolvimento cognitivo, linguístico, social e emocional da criança.

Com a própria fruta, foi utilizado como carimbo, o objetivo foi proporcionar o conhecimento do seu próprio corpo brincando de carimbar com o limão e suas possibilidades, explorar através das mãos diferentes ideias, proporcionar momentos de manuseio com tintas e ainda proporcionar momentos de concentração.

MATERNAL 2 AMARELO



Atividade: Dia nacional da árvore

Dia 21 de Setembro, comemora-se o dia nacional da árvore. Diante desse tema, foi realizada uma atividade com colagem de bolinhas de papel crepom, que ajuda e auxilia no desenvolvimento de habilidades como a coordenação motora fina, concentração, criatividade e a percepção visual. Com essa data comemorativa, falamos também da importância a respeito da preservação da natureza.



Atividade Explorando as cores:

O uso de cores na educação infantil, contribuem para o desenvolvimento da capacidade motora e cognitiva, do raciocínio, dentre várias outras habilidades. Nessa atividade, relembramos as cores trabalhadas (azul, amarelo e vermelho), explorando as cores utilizando objetos, após foi proposto para as crianças procurarem objetos nas cores mencionadas, com o objetivo de identificar e reconhecer as cores.



REGISTRO - Educação Infantil 0 a 3 ANOS

Professora: Isadora Batista Rodrigues.

Escola/ Cemei/ Creche: Creche Dolores Queiroz.

Diretora Coordenadora: Renata Maria.

Turma: Maternal 2 Amarelo **Turno:** Integral **Quantidade de alunos:** 24

Semana: 08/09/2021 à 10/09/2021.

Atividades realizadas	Segunda-feira: RECESSO ESCOLAR. Terça-feira: FERIADO. Quarta-feira: TRAÇOS, SONS, CORES E FORMAS: Após cantarmos a música "A cobra não tem pé", foi proposta uma atividade utilizando tinta, limão e um galho seco. As crianças deveriam colar o galho na folha e carimbar utilizando o limão e a tinta para reproduzirem a cobra subindo no pé de limão. ESCUta, FALA, PENSAMENTO E IMAGINAÇÃO: Contação da história "Mariela, a cobra banguela". Quinta-feira: CORPO, GESTOS E MOVIMENTOS: Após cantarmos novamente a música "A cobra não tem pé" as crianças foram convidadas a fazerem sua própria cobra de massinha. TRAÇOS, SONS, CORES E FORMAS: Exploramos os sons que podem ser feitos com o corpo. Sexta-Feira: CORPO, GESTOS E MOVIMENTOS: As crianças foram convidadas a montarem junto com os pais uma brincadeira com traçados no chão, de diferentes formas. Elas deveriam caminhar por cima. ESPAÇO, TEMPOS, QUANTIDADES, RELAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES: Recordamos o número 7 e fizemos a contagem juntos.
Vídeos Postados (Tema)	Segunda-feira: RECESSO ESCOLAR. Terça-feira: FERIADO. Quarta-feira: Atividade com tinta e contação de história. Quinta-feira: Manipulação de massinha e música. Sexta Feira: Brincadeira com traçados e número 7.
Número de visualização	Segunda -feira: RECESSO ESCOLAR. Terça -feira: FERIADO. Quarta-feira: 23. Quinta-feira: 23. Sexta-feira: 23.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO



REGISTRO - Educação Infantil 0 a 3 ANOS

Professor: Welton Gomes

Escola/ Cemel/ Creche: Dolores Queiroz

Diretora Coordenadora: Renata Maria

Turma: Maternal II Laranja **Turno:** Integral **Quantidade de alunos:** 24

Semana: 13/09 a 18/09/2021.

Atividades realizadas	Segunda-feira - Escuta, fala, pensamento e imaginação: Através do recurso tecnológico (no qual o professor coloca os nomes no próprio vídeo) e com as fotos de cada um trabalhamos a identidade da criança com a capacidade de sentir que possuem um nome, e assim reconhecer e associar seu próprio nome por meio da chamadinha, utilizando as fichas do nome (passar o dedo ao realizar a leitura). Traços, sons, cores e formas: Cantamos a música "A dona aranha" e em seguida uma próxima música "Cai chuvinha", para abordamos a chuva, dizendo para as crianças o quanto a chuva é importante para todos e para toda natureza, aproveitando o momento apresentei a letra C, mostrando através de recursos tecnológicos objetos que se iniciam com a letra C, propôs as crianças que procurassem objetos com a letra mencionada. Fizemos a atividade do portfólio pagina 1 a criança irá fazer traços bem retos para representar a chuvinha caindo. Esta atividade a criança irá perceber a importância e as consequências da chuva para o ambiente natural e social. Terça-feira – Corpo, gestos e movimentos e Escuta, fala, pensamento e imaginação: Convidei as crianças para assistirem um vídeo "A cachorrinha amora", comentando com as crianças que o livro não tem escrita, mas que os autores irá nos contar a história, prestando bastante atenção para que descobríssemos porque será que tinha uma menininha triste? Em seguida fizemos a atividade do portfólio pagina 3 as crianças irá comparar a imagem de um cachorro e uma criança e ligar as partes do corpo que tem iguais. O objetivo dessa atividade educativa é ensinar para as crianças a identificarem as partes do corpo. Espaço, tempos, quantidades, relações e transformações: Aproveitando a historinha da cachorrinha amora exploramos a cor PRETA, foi apresentado através de recurso tecnológico objetos na cor mencionada, em seguida propôs para as crianças a encontrar algum objeto na cor Preta, o objetivo é identificar e reconhecer as cores. Quarta-feira – Espaço, tempos, quantidades, relações e transformações: Conversamos sobre a importância dos números, que encontraremos em vários locais em nosso dia a dia, apresentei para as crianças o número 8 contando nos dedos das mãos levantando um a um e foi feito a contagem de alguns
------------------------------	---

elementos até o número 8, em seguida propôs as crianças que fizessem a contagem de qualquer elemento encontrado em sua casa até o número mencionado, o objetivo é fazer com que identifiquem os números e estabeleçam suas relações com a quantidade.

Espaço, tempos, quantidades, relações e transformações e Escuta, fala, pensamento e imaginação: A escolha da história foi com ênfase na importância da água, questionando com elas de onde vem a água? Como se forma a chuva? - Contação de história " PINGO DE CHUVA", com ênfase e entonação, estimulando a imaginação e a criatividade, usando imagens através de recursos tecnológicos.

Quinta-feira – O eu, o outro e o nós e Escuta, fala, pensamento e imaginação: trabalhamos sentimentos explorando das crianças como elas estão: Alegres? Tristes? Com sono? Assustado ? Com medo?, mostrando as imagens através de recursos tecnológicos e em seguida propôs as crianças a irem em frente ao espelho e ver como ela está, estimulando a fazer diversas expressões no rostinho, brincadeiras na frente do espelho ajudam no desenvolvimento das crianças e contribuem para entender os seus sentimentos do dia a dia,

Sexta-feira – Corpo, gestos e movimentos e Espaço, tempos, quantidades, relações e transformações: brincadeira água – A atividade foi demonstrada através de vasilhas com água em temperaturas diferente para a criança (água morna e fria) a criança irá colocar a mão e adivinhar a sensação térmica de cada vasilha. O objetivo é que a criança consiga sentir a temperatura e diferenciar gelada ou morna. Em seguida propôs as crianças para aproveitarem as vasilhas com água e brincar de pescaria, uma brincadeira bastante divertida.

Escuta, fala, pensamento e imaginação: História cantada " A SEMENTINHA", com ênfase e entonação utilizando recursos diversos para chamar atenção da criança, estimulando a imaginação e a criatividade com os recursos visuais.

Sábado Letivo: Comemoração ao dia mundial da limpeza, falei com as crianças sobre a importância do tema e em seguida propôs que elas fizessem um ato de limpeza, ajudando sua família.

Vídeos Postados (Tema)	Segunda-feira: A chamadinha, música e apresentação da letra C. Terça-feira: Contação de história e cores. Quarta- feira: Número e contação de história. Quinta- feira: Sentimentos. Sexta Feira: Brincadeira com água e história cantada. Sábado Letivo: Dia da limpeza.
Número de visualização	Segunda-feira: 22 Terça-feira: 22 Quarta-feira: 22 Quinta-feira: 21 Sexta -feira: 21 Sábado: 20



Eloá



Cecília

13/09 Atividade portfólio pag: 1 "cai chuvinha".



Sofia



Matheus

14/09Portfólio pag 3 comparar imagens e ligar.



Samuel Barros



Larissa Manuella

15/09 Trabalhando número 8.



Eloá



Samuel Ribeiro

16/09 Sentimentos em frente ao espelho.



Sara



Larissa Manuella

17/09 – Atividade pescaria.

Sábado não teve devolutiva.



REGISTRO - Educação Infantil 0 a 3 ANOS

Professora: Bárbara Aparecida Ribeiro

Escola/ Cemei/ Creche: Dolores Queiroz

Diretora Coordenadora: _____

Turma: Maternal 1 Azul **Turno:** Integral **Quantidade de alunos:** 17

Semana: 20/09 a 24/ 09/ 2021.

Atividades realizadas

Segunda-feira: Escuta ,fala,pensamento e imaginação: Começar o dia cantando "Bom dia começa com alegria " depois falar utilizando um calendário (que dia é hoje) e sobre o tempo e estimular que as crianças a mandarem um vídeo falando sobre como elas acham que está o tempo e posteriormente através das fichas dos nomes e com as fotos de cada um trabalhamos a identidade da criança de sentir que possuem um nome e assim reconhecer e associar seu próprio nome por meio da chamadinha utilizando recurso tecnológico inserindo cada nome e foto

Traços ,Cores e formas

esta aula exploramos o tema da semana "sapo" foi proposto para as crianças cantar e fazer os gestos com a música "Sapo não lava o pé " com ajuda de um fantoche estimulando a comunicação/ oralidade , e percepção auditiva , além de estimular os gestos e a imaginação depois falar dos hábitos de higiene que são importantes para todos .

Terça-Feira

Espaço, tempos , quantidades,relações e transformações :

No dia 21 de setembro comemoramos o dia da árvore , na nossa aula de hoje exploramos o tema Comemorar o Dia da Árvore, é importante para despertar a consciência ecológica nos alunos desde cedo ,mostrar a importância das árvores para o planeta e sensibilizar as crianças para os benefícios da árvore no dia a dia de todos os seres vivos e o desenvolvimento da educação ambiental de maneira lúdica.

A educação ambiental é imprescindível pois é através dela que iremos sensibilizar a futura geração hoje foi proposto plantar um pé de feijão objetivo desse experimento é observar e acompanhar a germinação, o desenvolvimento do feijão a cada dia e observar a caracterização de um ser vivo. Regar, cuidar, acompanhar a natureza são importantes para um melhor entendimento sobre a importância

Quarta-Feira

Escuta ,fala,pensamento e imaginação

Nesta aula trabalhamos" A boca do sapo" através do lúdico utilizando fantoches estimulando a imaginação , a concentração e oralidade depois fizemos a atividade do portfólio sobre a história estimulando a criatividade e a coordenação motora

TRAÇOS, SONS, CORES E FORMAS –

Nesta aula trabalhamos a forma geométrica retângulo e foi proposto uma pintura com tinta colorida essa também é uma maneira de estimular nos estudantes o desenvolvimento de habilidade cognitivas como a criatividade, o raciocínio e a concentração, além de aguçar neles a vontade de aprender cada vez mais sobre as formas

Quinta-feira

CORPO, GESTOS E MOVIMENTOS

Nesta aula fizemos uma musicalização com copos "xô preguiça" este tipo de atividade proporciona diferentes possibilidades de exploração dos sons no corpo; amplia as possibilidades expressivas do próprio movimento utilizando mãos e braços, acompanhando ritmos musicais

ESPAÇO, TEMPOS, QUANTIDADES, RELAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES

Hoje exploramos o número 9 através de material lúdico de palitos de joaninha para incentivar a contagem e depois utilizamos cola colorida para uma melhor visualização trabalhando assim estabelecer a relação/ correspondência do numero e a quantidade -

Possibilitar o desenvolvimento das percepções visuais, auditivas e o raciocínio lógico

Sexta-feira

Corpo,Gestos e movimentos

Hoje brincamos de pular, conversamos sobre os tipos de pulo, pedimos para imitar o sapo e depois pulamos com obstáculos esse tipo de atividade ajuda na coordenação motora, a concentração e atenção

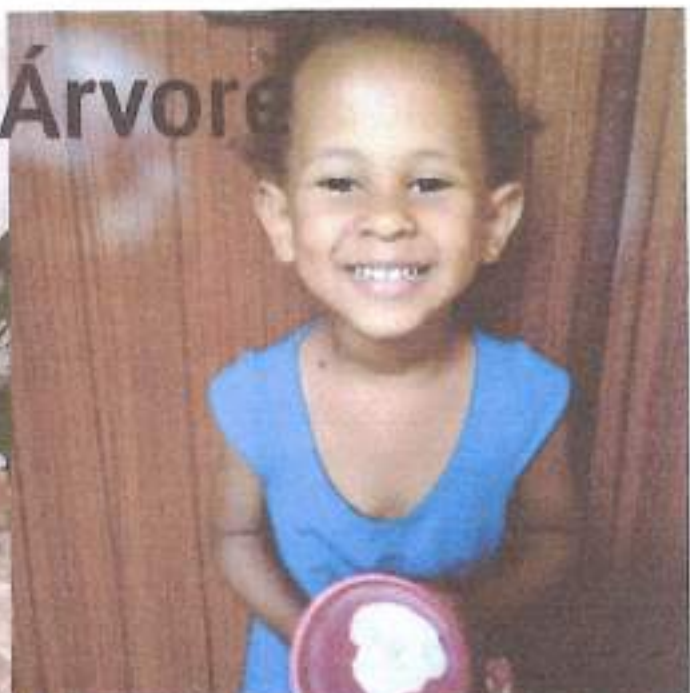
Espaço, tempos , quantidades,relações e transformações :

Nesta aula Exploramos a cor roxa mostramos alguns objetos onde ela se encontra e depois pedimos para fazer bolinhas de papel crepom roxa e colar na uva para

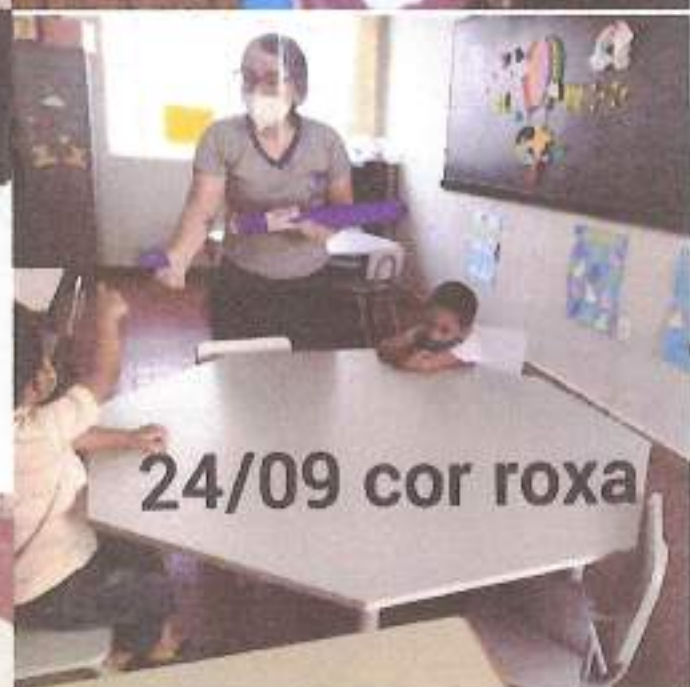
	ajudar no processo de associação esse tipo de atividade ajuda no desenvolvimento da capacidade motora e cognitiva, do raciocínio, da fala, da audição
Videos Postados (Tema)	Segunda- feira : Fazer a rotina diária e a chamadinha utilizando recursos visuais/Musicalização O Sapo Não Lava o Pé Terça-feira: Dia da Árvore Quarta-feira: Historia /A boca do Sapo Quinta-feira: BRINCADEIRA – XÔ PREGUIÇA/ Tralhamos o 9 Sexta Feira: Pular/Roxo
Número de visualizações	Segunda -feira : 15 Terça -feira :15 Quarta- feira: 15 Quinta- feira :15 Sexta –feira :15

Amostra de atividades da semana :

21/09 dia da Árvore



23/09 musicalização



24/09 cor roxa

CRECHE "DOLORES QUEIROZ"

PROFESSORA: BARBARA TURMA: MATERNAL 1 AZUL TURNO: INTEGRAL ANO 2021

CONTROLE MENSAL DE ATIVIDADES E VISUALIZAÇÕES - SETEMBRO																						
Nome	2	3	4	5	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	27	28	29	30	
AÇUCENA DE FÁTIMA IGNÁCIO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
ANA ELISE SANTOS RODRIGUES	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
ANTHONY RAFAEL OLIVEIRA SILVA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
ANTHONY RODRIGO FARIA EZEQUIEL		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
ARTHUR MARTINS RODRIGUES	V	V	V	V	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	N	R	R	
BRENDA RIBEIRO MAXIMIANO		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
BRYAN LUIZ DE PAULA LEMOS	V	V	V	V	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	N	R	R	
DAVI RODRIGO DE OLIVERIA MARTINS																						
ELOAH RODRIGUES DE OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
ENZO HENRIQUES SILVA RODRIGUES	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
HEITOR HENRIQUE RODRIGUES	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
KATHLYN VITÓRIA RIBEIRO SANTOS	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
LÍVIA MARIA SILVA SANTOS	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
MARIA ALICE OLIVEIRA DOS REIS	V	V	V	V	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	R	R	R	R	R	
MARIA HELENA ALVES PRESENÇA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
MELYSSA CRISTINA DE OTONI FIRMINO	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
YURI MIGUEL SOUZA DA SILVA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	

Legenda:

R

Realizou e enviou foto da atividade

V

Somente visualizou a mensagem

N

Não visualizou a mensagem

OBS: ESTA É UMA SUGESTÃO, VOCÊ PODE REGISTRAR DO MODO QUE ACHAR MELHOR, POR COR OU POR LETRA.

CRECHE "DOLORES QUEIROZ"

PROFESSORA: ISADORA TURMA: MATERNAL 2 AMARELO TURNO: INTERGRAL ANO 2021

CONTROLE MENSAL DE ATIVIDADES E VISUALIZAÇÕES - SETEMBRO

Nome	1	2	3	8	9	10	11	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30
ANDERSON SANTOS F. SILVA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
ARTHUR FAUSTINO TEMOTIO	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
BRUNA RODRIGUES OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
CLARA ROSA DUARTE VILELA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
EMANUELLA VITÓRIA DE OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
EMANUELLY FAUSTINO DA SILVA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
EMANUELLY FERREIRA MARTINS	R	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	V	V
FRANCISCO MIGUEL JANUÁRIO	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
HEITOR CELESTINO BERGAMIM	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
HEITOR SILVA MAXIMIANO	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
HENRIQUE EMERENCIANO SILVA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
ISIS RATTIS LEMOS FORNAZIERI	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
JOAQUIM EMANUEL SILVA DUARTE	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LEANDRO OLIVEIRA NASCIMENTO	R	V	R	V	V	V	R	V	V	R	V	V	R	R	R	V	V	R	R	R	R
LORENA VITÓRIA DE OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LORENZO EMANUEL BARROS DE OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LUIZ MIGUEL ALVES OLIVEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LUIZ OTAVIO AGUIAR TEIXEIRA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
MARIA ALICE ALVARENGA DO NASCIMENTO	R	V	R	V	R	V	V	V	V	V	V	R	V	V	V	V	V	V	V	V	R
MARIA HELENA SILVA SANTOS	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
MIGUEL HENRIQUE RODRIGUES	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
NICOLLAS DAVI OLIVEIRA SANTOS	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
NICOLLY SILVA MIZEL	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
RAFAELA RATTIS LEMOS FORNAZIERI	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Legenda:

R

V

N

Realizou e enviou foto da atividade

Somente visualizou a mensagem

Não visualizou a mensagem

OBS: ESTA É UMA SUGESTÃO, VOCE PODE REGISTRAR DO MODO QUE ACHAR MELHOR, POR COR OU POR LETRA.

MATERNAL 2 LARANJA

MÊS SETEMBRO - 2021

No	Nome	DATA NASC.	1	2	3	8	9	10	11	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30
1	ANTHONY GABRIEL SANTOS LEITE	04/06/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
2	BEATRIZ DA SILVA PADUA	13/09/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
3	BRAYAN AMARAL FELICIANO FERREIRA	03/08/2017	R	R	R	V	V	V	R	V	R	R	V	R	V	R	V	V	V	R	V	R	V
4	CECÍLIA OLIVEIRA FREITAS	25/08/2017	V	V	R	R	V	V	R	R	V	R	V	V	R	V	V	R	V	R	V	R	R
5	ELOÁ MARIA APARECIDA OLIVEIRA	31/05/2017	R	R	V	V	R	V	R	R	V	R	V	R	V	V	R	V	R	V	R	V	R
6	ELOYSA MARTINS BORGES ALVES	17/07/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	R	R	R	V	V	V	R	N	N	V	R
7	ENZO GABRIEL JESUINO EVANGELISTA	31/08/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
8	HELENA VITÓRIA JEREMIAS ALMEIDA	30/09/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	N	V	V	V
9	KAIQUE DE OLIVEIRA ALVES	18/04/2017	R	R	R	R	V	V	V	R	R	R	R	R	R	R	R	V	V	R	R	R	R
10	LARISSA CHAGAS PAULINO SILVA	07/04/2017	R	R	R	R	V	V	R	R	R	R	R	R	R	R	R	V	V	R	N	V	V
11	LARISSA MANUELLA DE A. VIEIRA SANTOS	20/05/2017	V	V	R	R	R	R	R	V	V	V	R	R	R	R	V	R	R	V	V	R	V
12	LORENA SOUZA SANTOS	23/04/2017	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	LUIZ GABRIEL DOS REIS SILVA CAVALCANTE	02/05/2017	N	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
14	MATHEUS WELLINGTON DIAS SILVA	06/05/2017	R	R	R	R	V	V	R	R	R	R	R	R	V	V	V	R	R	R	V	V	R
15	PEDRO ALVES DE SOUZA REIS	18/01/2018	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
16	PEDRO LUCAS DE ALMEIDA VIEIRA	20/04/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
17	PYETRA OLIVEIRA SANTOS DIAS	09/12/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
18	SAMUEL BARROS NOGUEIRA	08/10/2017	V	V	R	R	V	V	R	R	R	R	V	V	V	V	R	R	R	V	V	R	R
19	SAMUEL RIBEIRO SANTOS	08/05/2017	R	R	R	R	V	V	V	R	R	R	R	V	V	R	V	R	R	V	V	R	V
20	SOFIA SANTOS GONÇALVES	19/08/2017	V	R	V	R	V	R	V	V	V	R	V	R	R	R	R	V	V	R	V	R	V
21	VICTOR HUGO RODRIGUES RISOLINO	23/05/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	YACARA ALVES SILVA	02/10/2017	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
23	YURI JOSÉ DE OLIVEIRA	26/05/2017	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
24	SARA GABRIELLE MARTINS MENDES	05/02/2018	R	R	R	V	V	V	R	R	V	V	R	R	V	V	R	R	V	V	R	R	R