



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA –
AME – CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º 63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



ANEXO I

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Ofício nº 13/2023

João Monlevade, 07 de dezembro de 2023.

Ilm^a. Sr^a,

Rita de Cássia Andrade Ottoni

Gestora de Parcerias - Prefeitura Municipal de João Monlevade

Assunto: Prestação de Contas - Termo de Fomento nº 06/2023 – Parcial 02.

Prezada Sr^a,

Encaminhamos a V. S^a. a documentação referente à prestação de contas composta dos seguintes anexos:

1. Relatório de Execução do Objeto – REO – Anexo II;
2. Relatório de Execução Financeira – REF – Anexo III;
3. Declaração de guarda dos originais dos documentos – Anexo IV;
4. Declaração da realização da contabilização dos recursos – Anexo V.

Atenciosamente,

Ana Elizabeth de S. Santos

Presidente da OSC

Recebido em: 11 / 12 / 23
13h 54min

Responsável: *Silva*

Associação Maria Efigênia.
Uma organização do bem.

Rua Trinta e Dois, N°63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



ANEXO II

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO - (REO)

| | |
|----------------------------|--|
| OSC PARCEIRA | AME - Associação Maria Efigênia |
| CNPJ | 19.053.246/0001-50 |
| OBJETO DA PARCERIA | Garantir o preparo da multimistura AME e o atendimento direto da pessoa idosa que tenha algum viés de necessidade associado, seja de vulnerabilidade social e/ou de complementação alimentar, também contratar um auxiliar administrativo para o registro das entregas do produto e organização de prestação de contas do Projeto. |
| PERÍODO DE EXECUÇÃO | 04/10/2023 a 07/12/2023. |
| TIPO DE PARCERIA | () COLABORAÇÃO (X) FOMENTO () COOPERAÇÃO |
| VALOR TOTAL REPASSE | R\$ 47.409,00 |
| PRESTAÇÃO DE CONTAS | PARCELA: PARCIAL 02 VALOR: R\$ 6.918,02 DATA DE REPASSE: 08/08/2023 |

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO DA PARCERIA:

Objetivo Geral:

Garantir o preparo da multimistura AME e o atendimento direto da pessoa idosa que tenha algum viés de necessidade associado, seja de vulnerabilidade social e/ou de complementação alimentar, também contratar um auxiliar administrativo para o registro das entregas do produto e organização de prestação de contas do Projeto.

Objetivos específicos:

1. Executar ações que visam a segurança alimentar vinculada à manipulação da multimistura (farinha nutricional) destinadas às pessoas idosas;
2. Manter o controle dos registros de entrega/distribuição da multimistura a pessoa idosa, bem como a prestação de contas do Projeto possibilitando que a OSC se habilite a captar outros recursos financeiros.



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA –
AME – CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



2 - PÚBLICO-ALVO E ALCANCE DAS METAS

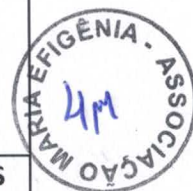
| META/OBJETIVO | QUANTIDADE PREVISTA | NÚMERO DE PACOTES DISTRIBUÍDOS | CUMPRIMENTO DAS AÇÕES PROGRAMADAS (X) sim () não | JUSTIFICATIVA (QUANDO NÃO ATENDER A QUANTIDADE PREVISTA) |
|--|---------------------|--------------------------------|---|--|
| 1. Preparar e distribuir a multimistura (farinha nutricional) destinadas às pessoas idosas. | Média de 80 | 290 | | |
| - Realizar o controle e registro das entregas da multimistura aos beneficiários, bem como a prestação de contas do Projeto | Média de 80 | 290 | | |

*Estimativa de pessoas atendidas: outubro / novembro = 116 PESSOAS

OBS: pessoas que se responsabilizaram pelo recebimento da multimistura.

Associação Maria Efigênia.
Uma organização do bem.

CONTROLE ENTREGA DE FARINHA
Referência: OUTUBRO/ NOVEMBRO de 2023
Termo 06/2023



| 0 | DATA | NOME / ENTIDADE | PACOTES |
|----|------------|---|---------|
| 1 | 03/10/2023 | Jurandir Ferreira Costa | 2 |
| 2 | 04/10/2023 | Maria Irene Gonzaga | 2 |
| 3 | 04/10/2023 | Patricia Starling | 2 |
| 4 | 04/10/2023 | José Vicente da Silva | 2 |
| 5 | 04/10/2023 | Célio Antonio Leite | 2 |
| 6 | 04/10/2023 | Maria Antonia Quaresma de Oliveira | 2 |
| 7 | 04/10/2023 | Ana Anatolia da Silva Santos | 2 |
| 8 | 06/10/2023 | Sebastião Romualdo da Silva | 4 |
| 9 | 09/10/2023 | Zulmira Severiano do Porto | 2 |
| 10 | 09/10/2023 | Maria Quaresma de Moraes | 2 |
| 11 | 09/10/2023 | Geraldo Roseno de Lima | 2 |
| 12 | 09/10/2023 | Maria Aparecida de Vasconcelos da Silva | 2 |
| 13 | 09/10/2023 | Dalila Gomes Pereira | 2 |
| 14 | 09/10/2023 | Paulo Roberto Pereira | 2 |
| 15 | 11/10/2023 | Irma Reggiane Costa Fonseca | 2 |
| 16 | 11/10/2023 | Marilene Reggiane Costa | 2 |
| 17 | 11/10/2023 | Geralda Aparecida de Barros | 2 |
| 18 | 11/10/2023 | Mariana Costa da Silva | 2 |
| 19 | 11/10/2023 | Maria Guilherme Aleixo | 2 |
| 20 | 11/10/2023 | Eli Arcanjo Gomes | 2 |
| 21 | 11/10/2023 | Maria Aparecida o. Santos | 8 |
| 22 | 13/10/2023 | Irene Riciele Lages | 4 |
| 23 | 16/10/2023 | Marilia Aparecida Leonel de Oliveira | 2 |
| 24 | 16/10/2023 | Maria das Graças Lobo | 2 |
| 25 | 16/10/2023 | Antonio José Lobo | 2 |
| 26 | 16/10/2023 | Emanuela Andreia Nunes | 6 |
| 27 | 18/10/2023 | Maria das Graças Silva Miranda | 2 |
| 28 | 18/10/2023 | Olimpio de Miranda | 2 |
| 29 | 18/10/2023 | Maria Izabel Silva | 2 |
| 30 | 18/10/2023 | Efigenia Xista Alves | 4 |
| 31 | 20/10/2023 | Terezinha Julia Ferreira | 2 |
| 32 | 20/10/2023 | Julita Perdigão Vieira | 4 |
| 33 | 23/10/2023 | Assunção Maria Vitor | 3 |
| 34 | 25/10/2023 | Graci dos Santos Miranda | 2 |
| 35 | 25/10/2023 | Diva Alves dos Santos | 2 |
| 36 | 27/10/2023 | Lourdes Maria Vasconcelos de Almeida | 2 |
| 37 | 27/10/2023 | Conceição Quaresma Lima | 2 |
| 38 | 27/10/2023 | Geraldo Raimundo Gomes | 2 |
| 39 | 27/10/2023 | Imaculada da Conceição Lage | 2 |
| 40 | 30/10/2023 | Maria Aparecida de Souza Augusto | 2 |
| 41 | 30/10/2023 | Elza Donata dos Passos | 2 |
| 42 | 30/10/2023 | Efigenia Araujo | 2 |
| 43 | 30/10/2023 | Maria das Graças Oliveira | 2 |
| 44 | 30/10/2023 | Maria da Conceição Magela | 2 |

Carla Santos

| | | | |
|----|------------|-------------------------------------|---|
| 45 | 30/10/2023 | Raimunda Alves da Silva | 2 |
| 46 | 30/10/2023 | Bernadete Clemente de Jesus | 2 |
| 47 | 30/10/2023 | Adriana Menezes Brito | 2 |
| 48 | 30/10/2023 | Maria Terezinha Souza da Silveira | 2 |
| 49 | 01/11/2023 | Gamaniel Estevão Dias | 2 |
| 50 | 01/11/2023 | Paulo Ribeiro dos Santos | 2 |
| 51 | 01/11/2023 | Terezinha Martins do Nascimento | 2 |
| 52 | 01/11/2023 | Sonia de Fatima Henrique Gomide | 2 |
| 53 | 01/11/2023 | Imaculada Maria de Paiva e Almeida | 2 |
| 54 | 01/11/2023 | Evaldo de Almeida | 2 |
| 55 | 06/11/2023 | Izabel Carneiro Rodrigues | 2 |
| 56 | 06/11/2023 | Maria Guilherme Aleixo | 2 |
| 57 | 06/11/2023 | Otacilio de Assis Peixoto | 4 |
| 58 | 06/11/2023 | José Geraldo Bento | 4 |
| 59 | 06/11/2023 | Dalva Miranda Peixoto | 4 |
| 60 | 06/11/2023 | Neusa Borges Gonçalves | 6 |
| 61 | 06/11/2023 | Terezinha Miranda | 6 |
| 62 | 06/11/2023 | Maria Quaresma de Moraes | 3 |
| 63 | 06/11/2023 | Geraldo Roseno de Lima | 3 |
| 64 | 07/11/2023 | Maria Graciana Angela Clara | 4 |
| 65 | 08/11/2023 | Maria das Graças Silva Miranda | 2 |
| 66 | 08/11/2023 | Olimpio de Miranda | 2 |
| 67 | 08/11/2023 | Maria Teixeira da Conceição | 2 |
| 68 | 08/11/2023 | Nelson Alves Cruz | 2 |
| 69 | 08/11/2023 | Silvia Pereira Silveira | 4 |
| 70 | 08/11/2023 | Custodia Rodrigues de Lima | 2 |
| 71 | 08/11/2023 | Terezinha da Silva Santana | 2 |
| 72 | 08/11/2023 | Irene Riciele Lages | 4 |
| 73 | 08/11/2023 | Ivone de Alcantara Moreira Vieira | 6 |
| 74 | 10/11/2023 | Vanderli de oliveira | 3 |
| 75 | 10/11/2023 | Carlos Roberto da Silva | 2 |
| 76 | 10/11/2023 | Osvaldo Arcanjo da Silva | 2 |
| 77 | 13/11/2023 | Maria Aparecida Agostinho | 2 |
| 78 | 13/11/2023 | Eva da Conceição Coura | 2 |
| 79 | 17/11/2023 | Maria Perpetua Socorro Araujo | 2 |
| 80 | 17/11/2023 | João Domingos de Araujo | 2 |
| 81 | 17/11/2023 | Aparecida das Graças Araujo Miranda | 2 |
| 82 | 17/11/2023 | Maria das Dores Araujo | 2 |
| 83 | 17/11/2023 | Terezinha de Souza Duarte | 2 |
| 84 | 17/11/2023 | Maria Izabel Silva | 2 |
| 85 | 17/11/2023 | Eli Araujo Gomes | 3 |
| 86 | 17/11/2023 | Maria Guilherme Aleixo | 4 |
| 87 | 17/11/2023 | Efigenia Torres Cunha | 5 |
| 88 | 20/11/2023 | Ana Augusta Monteiro Corsini | 2 |
| 89 | 20/11/2023 | Luiza do Carmo Mota Cota | 2 |
| 90 | 20/11/2023 | Adeir Firmino | 3 |
| 91 | 20/11/2023 | Laudelina de Souza Bento | 3 |
| 92 | 20/11/2023 | Ana Maria Soares | 2 |
| 93 | 20/11/2023 | Geralda Andre Salomé | 2 |
| 94 | 20/11/2023 | Jocarli Anastacio Sartyro | 2 |



U. Santos

| | | | |
|-----|------------|------------------------------------|---|
| 95 | 20/11/2023 | Maria das Graças dos Santos | 2 |
| 96 | 22/11/2023 | Marilene Reggiane Costa | 3 |
| 97 | 22/11/2023 | Irma Reggiane Costa Fonseca | 3 |
| 98 | 22/11/2023 | Ana Ribeiro Campos | 2 |
| 99 | 22/11/2023 | Zulmira Severiano do Porto | 2 |
| 100 | 22/11/2023 | Maria Irene Gonzaga | 2 |
| 101 | 24/11/2023 | Maria Terezinha Souza da Silveira | 2 |
| 102 | 25/11/2023 | Maria Antonia Quaresma de Oliveira | 2 |
| 103 | 25/11/2023 | Ana Anatolia da Silva Santos | 2 |
| 104 | 27/11/2023 | Geraldo Magela da Silva | 2 |
| 105 | 27/11/2023 | Assunção Maria Vitor | 2 |
| 106 | 27/11/2023 | Virginia Martins Levindo | 2 |
| 107 | 27/11/2023 | Antonio Venancio Soares | 2 |
| 108 | 27/11/2023 | Marlete Marcia Patricio | 2 |
| 109 | 27/11/2023 | Jesus Manoel Sabino | 2 |
| 110 | 27/11/2023 | Sebastião Manoel Sabiano | 2 |
| 111 | 27/11/2023 | Carmelita Rosa Sabino | 2 |
| 112 | 29/11/2023 | Imaculada Maria de Paiva e Almeida | 2 |
| 113 | 29/11/2023 | Evaldo de Almeida | 2 |
| 114 | 29/11/2023 | Expedito Martins Silva Lima | 2 |
| 115 | 29/11/2023 | Ari Gonçalves | 4 |
| 116 | 29/11/2023 | José Paulino Braga | 2 |
| | | | |
| | | | |

Total

290



AC Santos



| | |
|---|----------------------------------|
| Destinatário Rua RECEBIDO em 29/09/23 | Discriminação 2 suplementos |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 05/10/23 | Discriminação Eg. 352 |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação Regulamento 213 |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação 2 suplementos |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação 2 suplementos |

Adiantos

| | |
|---|---|
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação 3. Bomedite N.C. |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação Rg nº 103 2 pacotes |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 06/10/23 | Discriminação Rg nº 105 2 pacotes |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 06/10/23 | Discriminação Regulamento 10.P |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 06/10/23 | Discriminação 50 suplementos |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 06/10/23 | Discriminação Regulamento da Silva nº 885 |
| Destinatário Rua RECEBIDO em 04/10/23 | Discriminação 04 suplementos |



| | | |
|--|--|------------|
| Destinatário: <i>Zulmira Amurício de Soto</i> | Rua: | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 320</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>Antonio Xiphi</i> | | |
| Destinatário: <i>Marcos Duarte da Moura</i> | Rua: <i>Maria Bicas ma</i> | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 11</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>Murans</i> | | |
| Destinatário: <i>quelda Pardo de Alencar</i> | Rua: | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 10</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |
| Destinatário: <i>Marcos Aparecido de Lencinelly de</i> | Rua: <i>Maria</i> | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Melmore Vercells Julie</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>Amara V. Mendes</i> | | |
| Destinatário: <i>Doelle Gomes Louren</i> | Rua: | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 176</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |

Adiantos

| | | |
|---|--|-----------------|
| Destinatário: <i>Leandro Albert Louren</i> | Rua: | n.º: |
| RECEBIDO em: <i>9/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 175</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |
| Destinatário: <i>Francisco Pereira</i> | Rua: <i>Guarinda Gótilos Soares</i> | n.º: <i>598</i> |
| RECEBIDO em: <i>11/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 362</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |
| Destinatário: <i>Maurilene Proença Costa</i> | Rua: <i>Guarinda Gótilos Soares</i> | n.º: <i>605</i> |
| RECEBIDO em: <i>11/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 361</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |
| Destinatário: <i>Gerardo Aparecido de Sousa</i> | Rua: <i>Campanho Oliva Soares de Matos</i> | n.º: <i>30</i> |
| RECEBIDO em: <i>11/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 236</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |
| Destinatário: <i>Maria Inês Costa da Silva</i> | Rua: <i>Guarinda Gótilos Soares</i> | n.º: <i>40</i> |
| RECEBIDO em: <i>11/10/83</i> | DISCRIMINAÇÃO: <i>Reg. 303</i> | |
| ASSINATURA OU CARIMBO: <i>[Signature]</i> | | |

9 Simlomat

Destinatário: *maria guilherme leiva* n.º

RECEBIDO em 11/10/23

Reg. 374

2 Suplementos



Destinatário: *El. Arcanjo Gomes* n.º

RECEBIDO em 11/10/23

Reg. 300

2 Suplementos

Destinatário: *Maria Aparecida Elias Santos* n.º

RECEBIDO em 11/10/23

8 Suplementos

Destinatário: *Maria Aparecida Elias Santos* n.º

Destinatário: *Geno Ribeiro Lago* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 13/10/23

Registos: 146

2 Suplementos

Destinatário: *Maria Aparecida Brasil da Silva* n.º 141

RECEBIDO em 16/10/23

Registos 421

Destinatário: *Aciane B.* n.º

2 Suplementos

Destinatário: *Maria da Graça Costa* n.º 55

RECEBIDO em 16/10/23

Registos: 424

Destinatário: *Maria da Graça Costa* n.º

Destinatário: *Antonia Rosa Costa* n.º

RECEBIDO em 16/10/23

Registos 423

Destinatário: *Maria da Graça Costa* n.º

Destinatário: *Companhia Brasileira Numa* n.º 314

RECEBIDO em 16/10/23

Registos 304

Destinatário: *Marcia Felber* n.º

Destinatário: *Maria da Graça Silva Miranda* n.º 488

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 18/10/23

Registos 180

2 Suplementos

Destinatário: *Dirigido de empresa* n.º 498

RECEBIDO em 18/10/23

Registos 119

Destinatário: *Leandro* n.º

2 Suplementos



Destinatário Maria Rosa Silva
Rua Rua Passara 603 Guarada
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 18/10/23
Registro 425
2 Suplemento

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Efigenia Rieta Alves
Rua n°

RECEBIDO em 18/10/23
Registro 33
4 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Coromantina Fátia Coromantina
Rua Rua Maria Estrela 8. Resova da Conceição n° 160
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 20/10/23
Registro 424
Suplemento

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Fátima Leodigêa Vieira
Rua Rua Planície Curitiba Estado n° 422
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 20/10/23
Registro 428
2 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Ana Maria S. de A.
Rua n°

RECEBIDO em 23/10/23
Reg. 06
2 Suplemento

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Grazi dos Santos Mourada
Rua Rua Capela Granjeira
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 25/10/23
2 Suplemento

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Rosina Alves dos Santos
Rua Rua Andrade 426 por. Elev. n°

RECEBIDO em 25/10/23
Reg. 396
2 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Suelma Maria Vasconcelos de Azevedo
Rua n°

RECEBIDO em 27/10/23
Reg. 352
2 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Conceição Euzenema Lima
Rua Rua Camague Rua 13 no n° 91
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/10/23
Registro 299
2 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário Fátima Leodigêa Vieira
Rua Rua Itapagar Curitiba Estado n° 422
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/10/23
Registro 148
2 Suplemento

ASSINATURA OU CARIMBO
ASSINATURA OU CARIMBO

Adventos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 21/10/23

Discriminação: Reg. 129

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos



Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 21/10/23

Discriminação: 2 Anexos

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: Reg. 1334

Destinatário: Elza Leonilda de Jesus
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: 2 Anexos

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: Reg. 422

Destinatário: Efigenia Amargo
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: Reg. 429

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 30/10/23

Discriminação: 2 Anexos

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: R. 202

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: Reg. 430

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: Reg. 784

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: Reg. 525

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 20/10/23

Discriminação: Reg. 326

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos

Destinatário: Maria Amélia da Conceição
Rua: Rua Paraima Corina Industrial nº 6512

RECEBIDO em: 30/10/23

Discriminação: Reg. 15

ASSINATURA OU CARIMBO: [Signature]

Discriminação: 2 Anexos



Destinatário *Jonasmiel Estevão de Sousa* n.º

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *01/11/27* Reg. *41*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Paulo Roberto dos Santos* n.º

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *01/11/27* Reg. *42*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *1/11/27* Reg. *210*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *1/11/27* Reg. *228*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *1/11/27* Reg. *221*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Luís de Almeida* n.º

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *1/11/27* Reg. *122*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *6/11/27* Reg. *329*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *06/11/27* Reg. *344*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *6/11/27* Reg. *281*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *2+2 complementos*

Rua

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *6/11/27* Reg. *279*

ASSINATURA OU CARIMBO



Destinatário Belma Maria de Paiva
Rua

RECEBIDO em 01/11/27

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 280
4 + 2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 01/11/27

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 284
4 + 2 Suplementos

Destinatário Francisca Maria
Rua

RECEBIDO em 01/11/27

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 282
6 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 01/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 281
2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 01/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 280
3 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua Rua da Moura

RECEBIDO em 04/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 280
2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 08/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 280
2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 08/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 114
2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 08/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 432
2 Suplementos

Destinatário Maria dos Santos Alves
Rua

RECEBIDO em 08/11/28

DISCRIMINAÇÃO

Maria dos Santos Alves
ASSINATURA OU CARIMBO Reg. 433
2 Suplementos

Destinatário: *Adriana Leandra Avelino* n.º
Rua:

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 8/11/23

Reg. 262

Paula

ASSINATURA OU CARIMBO

4 Anúncios

Destinatário: *Guatódia Rodrigues de Lima* n.º
Rua: *Rosario, Rua Jardim Esomata* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 8/11/23

Registo 314

A. Clabett
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Corporação da Silva Loufara* n.º
Rua: *Corporação Jacaré* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 8/11/23

Registo 302

X. Oliveira
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Luene Larissa Lage* n.º
Rua:

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 8/11/23

Reg. 246

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Suzane de Oliveira Moraes Araujo* n.º
Rua: *Rua 22, Vila Banque, Avenida 1.º* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 08/11/23

Registo 234

Alfonso Pinheiro
ASSINATURA OU CARIMBO

06 Suplemento



Destinatário: *Van derlei de Souza* n.º
Rua: *Rua Santa Maria de Sabina, Rua 881* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 10/11/23

Registo 321

X. Sabatino Filho
ASSINATURA OU CARIMBO

02 Suplemento

Destinatário: *Carlos Roberto da Silva* n.º
Rua: *Mossa Senhora da Conceição* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 10/11/23

Registo 315

X. Raulo Wilson
ASSINATURA OU CARIMBO

2 Suplemento

Destinatário: *Graciele Franco da Silva* n.º
Rua: *Rua Maria Eugênia, Rua 401* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 10/11/23

Registo 435

Vanessa Helena
ASSINATURA OU CARIMBO

2 Suplemento

Destinatário: *Marcia Aparecida Agostinho* n.º
Rua: *Rua José Euclides Curado* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: 12/11/23

Registo 436

Adriana de Lima e Silva
ASSINATURA OU CARIMBO

2 Suplemento

Destinatário: *Marcia Aparecida Agostinho* n.º
Rua: *Rua 22, Vila Banque, Avenida 1.º* n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em:

X
ASSINATURA OU CARIMBO

06 Suplemento



Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: Rua ...
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Estabelecimento Ezequiel Cunha* n.º *874*
Rua: *Av. ...* DISCRIMINAÇÃO



RECEBIDO em *20/11/93*
ASSINATURA OU CARIMBO: *X Frederico*

Destinatário: *Dna. Juizquita Monteiro Coimbra*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X Ana Augusta*

Destinatário: *Luzia da Encarnação Costa*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X Louisa de M.*

Destinatário: *Admiral ...*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X Divina ...*

Destinatário: *Louislina de Souza*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X Divina ...*

Destinatário: *Rua Maria ...* n.º *188*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*
ASSINATURA OU CARIMBO: *X Maria ...*

Destinatário: *Genilda ...*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X Maria ...*

Destinatário: *Paula ...*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X ...*

Destinatário: *Genivaldo ...*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X ...*

Destinatário: *Imaculada ...*
Rua: *Rua ...* DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em *20/11/93*

ASSINATURA OU CARIMBO: *X ...*

Destinatário: *Suma de Regras e Costas para*
 Rua: *Alameda Getulio Vargas* n.º
 DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em: *22/11/93*

Registo: *362*

03 Suplementos



ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Associação Maria Eugénia*
 Rua: *Rua de São Paulo* n.º *415*

RECEBIDO em: *22/11/93*

Registo: *449*
CPF. 076.404.916-06

02 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Associação Maria Eugénia*
 Rua: *Rua de São Paulo* n.º *415*

RECEBIDO em: *22/11/93*

Registo: *320*

02 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Maria Luiza Gomes*
 Rua: n.º

RECEBIDO em: *22/11/93*

Reg. *213*

02 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Maria Luiza Gomes*
 Rua: *Rua Joaquim José* n.º *458*

RECEBIDO em: *24/11/93*

Registo: *no 15*

02 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Maria Antónia Augusto do Oliveira*
 Rua: *Costas, Cruzes, Estreito* n.º *80*

RECEBIDO em: *25/11/93*

Reg. n.º *103*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Maria Antónia Augusto do Oliveira*
 Rua: *Costas, Cruzes, Estreito* n.º *415*

RECEBIDO em: *05/11/93*

n.º *105*
02 pacotes

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Associação Maria Eugénia*
 Rua: *Rua de São Paulo* n.º *1881*

RECEBIDO em: *24/11/93*

Registo: *138*

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Maria Luiza Gomes*
 Rua: n.º

RECEBIDO em: *27/11/93*

Reg. *06*

03 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário: *Virgínia Maria Luiza Gomes*
 Rua: n.º

RECEBIDO em: *21/11/93*

Reg. *251*
02 Suplementos

ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Amador Venâncio de Aguiar*
Rua *Av. Gonçalves* 95
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/11/93

Reg. 1367

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *marcelo marcelo*
Rua n.º

DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/11/93

Reg. 450

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Paulo Manoel Sabino*
Rua *Rua Vera Cruz* n.º 169
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/11/93

Registo 451

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Sobrinha Manoel Sabino*
Rua n.º 34
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/11/93

Registo 452

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Camélia Rosa Sabino*
Rua n.º
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 27/11/93

Registo 453

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Reg. 454



Destinatário *Imaculada Maria da Paiva*
Rua *Rua Helena* n.º 141
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 29/11/93

Registo 291

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Escola de Agrícola*
Rua *Rua Helena* n.º 141
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 29/11/93

Registo 142

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Escola Agrícola*
Rua n.º
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 29/11/93

Reg. 38

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Avi Gonçalves*
Rua n.º
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 29/11/93

2 + 2 suplementos

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

Destinatário *Teófilo Manuel Soares*
Rua *Rua Tomaz de Aguiar* n.º 314
DISCRIMINAÇÃO

RECEBIDO em 29/11/93

Reg. 455

Assinatura
ASSINATURA OU CARIMBO

2 Suplemento

Nº de Registro: 352

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

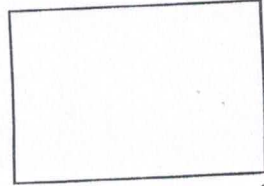


| | | | |
|--|------------------------|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Guandir Leunira Costa</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: _____ | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: _____ | | | |
| Telefone contato: <u>997 842765</u> | | E-mail: _____ | |
| Rua/Av: <u>Eládio Manoel 37</u> | Bairro: <u>Alameda</u> | | |
| Cidade: <u>Triz de</u> | CEP: <u>35930 052</u> | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>CPF- 571 075 056-53</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>27.08.2023</u> | |   Campo para digital do responsável | |
| <u>Agnaldo Ribeiro Lage</u> Assinatura do beneficiado ou responsável <u>CPF 571 075 056 53</u> | | | |

Nº de Registro: 213

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| Nome do beneficiado: <u>Maria Irene Gonzaga</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>11-05-1948</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>045 15 41 36-78</u> | | | |
| Telefone contato: <u>9886776594</u> | | E-mail: _____ | |
| Rua/Av: <u>Rua Assacita 64</u> | Bairro: <u>Jose Elói</u> | | |
| Cidade: <u>Triz de</u> | CEP: _____ | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>072 549 576-64</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>17.03.2023</u> | |  Campo para digital do responsável | |
| <u>A. Santos</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |



Nº de Registro: 176

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Dalida gomes pereira</u> | |
| Data de nascimento: <u>30-7-1929-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>X</u> | |
| Telefone contato: <u>32.3850 2606</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Viana Couto 122</u> | Bairro: <u>Armenha</u> |
| Cidade: <u>Feitoria Montevideo</u> | CEP: <u>35930 015</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>Josma Dark pereira .029 364.506-08</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>15 / 2 / 2023</u> | |
| <u>x Jhonata Pereira</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |



Nº de Registro: 222

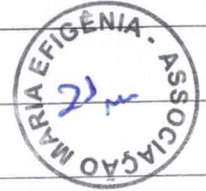
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Jose Vicente da Silva</u> | |
| Data de nascimento: <u>22-02-65-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>571 077 856 72</u> | |
| Telefone contato: <u>98586401</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Professora Luiza Melo</u> | Bairro: <u>Centro Industrial</u> |
| Cidade: <u>Feitoria Montevideo</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| DATA DE CADASTRO: <u>24 / 03 / 2023</u> | Campo para digital do responsável |
| <u>A</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

AP Santos

Nº de Registro: 175

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Paulo Roberto Pereira</u> | |
| Data de nascimento: <u>20-10-1952-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>204.014.506-00</u> | |
| Telefone contato: <u>31.3850 2606</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Vista Canto 125</u> | Bairro: <u>Carneiros</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | CEP: <u>35930 015</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| <u>Isma Dark Pereira 029 364 506-08</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>15/2/2023</u> | |
| <u>x Paulo Roberto Pereira</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |

Nº de Registro: 362

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Isma Regiane Costa Fonseca</u> | |
| Data de nascimento: <u>26-01-1932-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>612.274.396.87</u> | |
| Telefone contato: <u>3852 2215</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Avenida Getúlio Vargas 5983</u> | Bairro: <u>B.S. Barbara</u> |
| Cidade: <u>J. Monlevade MG</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| DATA DE CADASTRO: <u>30/08/23</u> | |
| <u>Regiane</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |

Artes Santos

Nº de Registro: 236

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Gertrudes Aparecida de Barros</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>25.5.1962-</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>615180346-91</u> | | | |
| Telefone contato: <u>3198257038</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Baileia Nº 180</u> | | Bairro: <u>Conquistado</u> | |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| <u>* Edna morais</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>10, 4, 2023</u> | | | |
| <u>* Edna morais</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |
| Campo para digital do responsável | | | |



Nº de Registro: 303

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

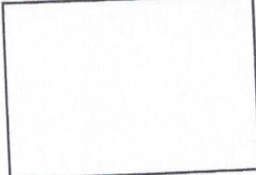


| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Mariana Costa de Souza</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>04.02.54-</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>385583786-49</u> | | | |
| Telefone contato: <u>986179951</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua Centauro nº 70</u> | | Bairro: <u>Estrela Dalva</u> | |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| <u>385583786-49</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>11, 04, 23</u> | | | |
| <u>* Mariana Costa de Souza</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

de Souza

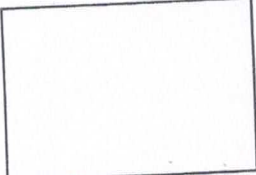
Nº de Registro: 421

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|--|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maria Aparecida Leonel de Oliveira</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>17.02.1960</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>024436806-71</u> | | | |
| Telefone contato: <u>989328905</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua Erico Bis 140</u> | | Bairro: <u>Estrela Dalva</u> | |
| Cidade: <u>354.921.268 22</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>16.10.23</u> | | | |
| <u>Cristiane Aparecida Oliveira</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | |  Campo para digital do responsável |

Nº de Registro: 424

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Maria das Graças Lobo</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>19.9.1949</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>934435286.00</u> | | | |
| Telefone contato: <u>988492851</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua Franca 55</u> | | Bairro: <u>Cruzeta Celeste</u> | |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| X <u>934435286.00</u> DATA DE CADASTRO: <u>16.10.23</u> | | | |
| X <u>Aparecida de Leticia Francisco</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | |  Campo para digital do responsável |

16/10/23

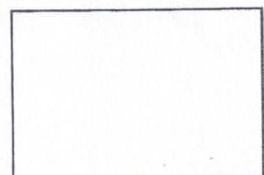
Nº de Registro: 423

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|--|---|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Antonio Jose Lobo</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>0.12.1951.</u> | Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | | |
| CPF do beneficiado: <u>298.886.206-06</u> | | E-mail: | |
| Telefone contato: <u>988492815</u> | Rua/Av: <u>Rua Franca 655</u> Bairro: <u>Cruzeiro Celeste</u> | | |
| Cidade: <u>Itaó Monleuade</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| <u>x 298.886.206.06</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>16/10/23</u> | |  Campo para digital do responsável | |
| <u>Aparecida de Fatima Francisco</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

Nº de Registro: 33

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|---|--|--|
| Nome do beneficiado: <u>Efigenia Xista Alves</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: | Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | | |
| CPF do beneficiado: <u>29691052-87</u> | | E-mail: | |
| Telefone contato: | Rua/Av: <u>Caraca 481</u> Bairro: <u>Itaó Monleuade</u> | | |
| Cidade: <u>Itaó Monleuade MG</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| <u>08207361638</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>23/12/22</u> | |  Campo para digital do responsável | |
| <u>Rozemilda Maria dos Reis</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

Assinatura



Nº de Registro: 425

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>nacida 1936- 20- 11.</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>Maria Izabel Silva</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>415.319.736-04</u> | | | |
| Telefone contato: <u>989761696</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua Maria 453</u> | | Bairro: <u>S. Geraldo.</u> | |
| Cidade: <u>João monlevade MG</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| <u>048 1344-986-85</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>18, 10, 23</u> | | | |
| <u>Respetra Trade Moreira</u> | | | |
| Assinatura do beneficiado ou responsável | | Campo para digital do responsável | |



Nº de Registro: 427

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Cezinha Julia Ferreira</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>12-04-1939-</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>081.942.266-51</u> | | | |
| Telefone contato: | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua Oliveira Couto 160</u> | | Bairro: <u>noSSa Senhora da Conceição</u> | |
| Cidade: <u>João monlevade MG</u> | | CEP: <u>359 300/5</u> | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20, 10, 23</u> | | | |
| <u>Rita de Lásia da Cruz Souza</u> | | | |
| Assinatura do beneficiado ou responsável | | Campo para digital do responsável | |

R. Santos

Nº de Registro: 428

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | | | |
|--|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Julita Perdigão Vieira</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>26.05.32.</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: | | | |
| Telefone contato: <u>999443654</u> | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Rua França 413</u> | | Bairro: <u>Cruzeiro Celato</u> | |
| Cidade: <u>Itaómonia M</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>138.206-996.00</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20/10/23</u> | | | |
| <u>X</u> _____ Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |
| Campo para digital do responsável | | | |



Nº de Registro: 396

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



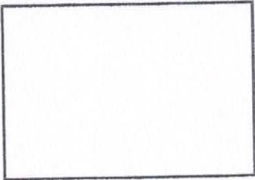
| | | | |
|---|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Leiva Alves dos Santos</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>8/9/38.</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>455.652.526-87</u> | | | |
| Telefone contato: | | E-mail: | |
| Rua/Av: <u>Andrade 426</u> | | Bairro: <u>Jose' Elci</u> | |
| Cidade: <u>Jm de</u> | | CEP: | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>970823416-87</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>29/9/23</u> | | | |
| <u>Leiva Alves dos Santos 97082341687</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |
| Campo para digital do responsável | | | |

Assinatura

Nº de Registro: 252

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



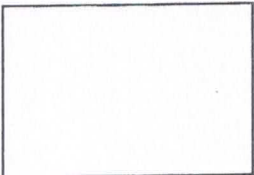
| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Jaundes Maria Vasconcelos de Almeida Menezes</u> | |
| Data de nascimento: | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>230014456-53</u> | |
| Telefone contato: <u>31 989640698</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Timoteo nº 143 apt 102</u> | Bairro: <u>M. Senhora da Conceição</u> |
| Cidade: <u>Itaó Monseñor Carmeinhos</u> | CEP: <u>35930-039</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>Jaundes Maria Vasconcelos</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>28 / 4 / 2023</u> |  |
| <u>Jaundes M. Vasconcelos Almeida Menezes</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |



Nº de Registro: 429

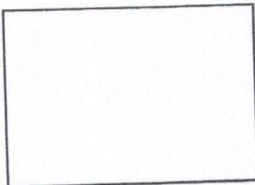
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Efigênia Araújo</u> | |
| Data de nascimento: <u>03/07/1937</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>26-11-4.220-340</u> | |
| Telefone contato: <u>989890161</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Caqui 68</u> | Bairro: <u>Das Joás</u> |
| Cidade: <u>Itaó</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>061 208 116-80</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>30 / 10 / 23</u> |  |
| <u>Dania Maria de Paula</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |

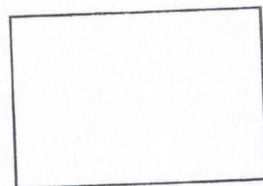
Nº de Registro: 430

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|---|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maria da Conceição Magela</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>07/10/56.</u> | Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>877955906-91</u> | | E-mail: | |
| Telefone contato: <u>998412015</u> | | Bairro: <u>José Elói</u> | |
| Rua/Av: <u>29 de Junho 245</u> | Cidade: <u>Jundiá</u> | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>934354526-68.</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>30/10/23</u> | |  Campo para digital do responsável | |
| <u>José da Silva Louçã</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

Nº de Registro: 376

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|---|---|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Adriana Menezes Brito</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input checked="" type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>15/10/1962.</u> | Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>05537413655</u> | | E-mail: | |
| Telefone contato: <u>9811748</u> | | Bairro: <u>Belmonte</u> | |
| Rua/Av: <u>Rua Montese 114</u> | Cidade: <u>Ipoc Montevide</u> | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>05537413655</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>11/09/23</u> | |  Campo para digital do responsável | |
| <u>Adriana Menezes Brito</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

Carla Santa



Nº de Registro: 210

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>teresinha martins do nascimento</u> | |
| Data de nascimento: <u>13/04/36</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>6RG m-6.717.804</u> | |
| Telefone contato: <u>9732-2952</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Alberto Charles nº38</u> | Bairro: <u>Alvorada</u> |
| Cidade: <u>Jm</u> | CEP: <u>35930-074</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>697.447.506-34</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>13, 02, 23</u> | |
| <u>[Signature]</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | Campo para digital do responsável |



Nº de Registro: 329

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>gabriel camarin Rodrigues</u> | |
| Data de nascimento: <u>20/04/1954</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>053.967.776-05</u> | |
| Telefone contato: <u>982126997</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Getulio Vargas 5841</u> | Bairro: <u>Santa Palava</u> |
| Cidade: <u>Jm</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>0543360674</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>06, 11, 23</u> | Campo para digital do responsável |
| <u>[Signature]</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | Campo para digital do responsável |

Nº de Registro: 281

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



Nome do beneficiado: Itacilio de Jesus Reizoto

Data de nascimento: 29-03-39-

Faixa etária: Idoso Adulto
 Criança Adolescente

Gênero: Feminino Masculino
 Outro:

CPF do beneficiado: 152 167 486 - 87

Telefone contato: 3852-2480 E-mail:

Rua/Av: Virgílio Lima nº 36 Bairro: Lucilia

Cidade: Itapecuru Mondava CEP:

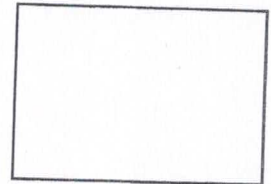
Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:

378.965.716-68

DATA DE CADASTRO: 19/10/2023

X Maria das Dons Silva

Assinatura do beneficiado ou responsável



Campo para digital do responsável

Nº de Registro: 280

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



Nome do beneficiado: Dalva Miranda Reizoto

Data de nascimento: 30-10-48-

Faixa etária: Idoso Adulto
 Criança Adolescente

Gênero: Feminino Masculino
 Outro:

CPF do beneficiado: 937-821.446-00

Telefone contato: 3852-2480 E-mail:

Rua/Av: Virgílio Lima nº 36 Bairro: Lucilia

Cidade: Itapecuru Mondava MG CEP:

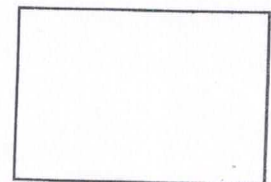
Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:

378 965 716-68

DATA DE CADASTRO: 19/10/2023

X Maria das Dons Silva

Assinatura do beneficiado ou responsável



Campo para digital do responsável

Adm. Amé

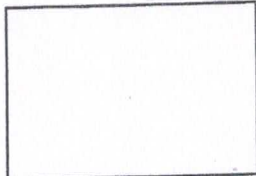
Nº de Registro: 283

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Neusa Borges Gonsalves</u> | |
| Data de nascimento: <u>20.03.39.</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>889554606.78</u> | |
| Telefone contato: <u>3852.2480</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Glúcia Couto 160</u> | Bairro: <u>Carnuruinho.</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade MG</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>348.965.716.68</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>29/06/2023</u> | |
| <u>X Maria das Dores Silva.</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  |
| Campo para digital do responsável | |

Nº de Registro: 282

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

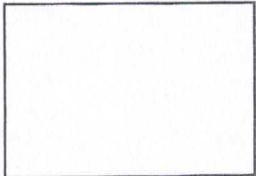
| | |
|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Corozinho Muranda</u> | |
| Data de nascimento: <u>25-04-38.</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>555430146</u> | |
| Telefone contato: <u>3852.2480</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Vigilância Lima N=45</u> | Bairro: <u>Lucilia</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>5 348 965.716.68</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>29/06/2023</u> | |
| <u>X Maria das Dores Silva.</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  |
| Campo para digital do responsável | |

Assinantes



Nº de Registro: 432

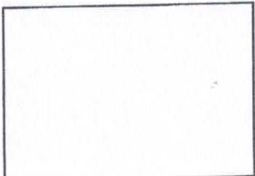
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maria Teixeira da Conceição</u> | |
| Data de nascimento: <u>17 02 33-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>190 660. 826. 15</u> | |
| Telefone contato: <u>9929 42 77</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Avenida Getúlio Vargas</u> | Bairro: <u>Árvore Preta 331</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>553 853 546 00</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>08 11 23</u> |  |
| <u>x Dênia Brito de</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |



Nº de Registro: 433

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Nelson Alves da Cruz</u> | |
| Data de nascimento: <u>19 05 1933-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>040 482. 116. 84</u> | |
| Telefone contato: <u>999 29 42 77</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Avenida Getúlio Vargas</u> | Bairro: <u>Árvore Preta 331</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>5553853.546.00</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>08 11 23</u> |  |
| <u>x Dênia Brito de</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

Nº de Registro: 262

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



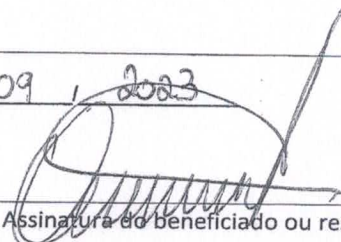
| | | | |
|--|---|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Silvia Pereira Silveira</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>5-4-68</u> | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| CPF do beneficiado: <u>890006846-68</u> | | | |
| Telefone contato: <u>3851 2875</u> | E-mail: | | |
| Rua/Av: <u>São Paulo Nº 48</u> | Bairro: <u>Bairi</u> | | |
| Cidade: <u>João Monlevade</u> | CEP: | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>10/05/2023</u> | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Campo para digital do responsável</p> | |
| <u>Silvia P. Silveira</u> <p style="text-align: center;">Assinatura do beneficiado ou responsável</p> | | | |



Nº de Registro: 322

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | | | |
|--|---|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>THERÉZINHA DA SILVA SANTANA</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>03/09/1935-</u> | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| CPF do beneficiado: <u>087.173.536-96</u> | | | |
| Telefone contato: <u>(31) 99245-9510</u> | E-mail: | | |
| Rua/Av: <u>RUA TOFAZIO Nº 9</u> | Bairro: <u>IACUI</u> | | |
| Cidade: <u>JOÃO MONLEVADE - MG</u> | CEP: <u>35930-416</u> | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>18 / 09 / 2023</u> | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Campo para digital do responsável</p> | |
|  <p style="text-align: center;">Assinatura do beneficiado ou responsável</p> | | | |

Therezinha da Silva Santana



Nº de Registro: 434

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Iranete de Alcantara Moreira Vieira Linhares</u> | |
| Data de nascimento: <u>6.04.1962-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>024.730.99669</u> | |
| Telefone contato: <u>996345195</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua 22 no 73</u> | Bairro: <u>Sala Parque</u> |
| Cidade: <u>Poa Montevideo</u> | CEP: <u>35930 404</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>024.730.996.69</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>08.11.23</u> | |
| <u>X Iranete de Alcantara u. Vieira Linhares</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |



Campo para digital do responsável



Nº de Registro: 435

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Izvaldo Arcanjo da Silva</u> | |
| Data de nascimento: <u>30.09.39.</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>014 821 266.00</u> | |
| Telefone contato: | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua noruega 24</u> | Bairro: <u>Cruzino Celeste</u> |
| Cidade: <u>Poa Montevideo</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>311 820 116 91</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>10.11.23</u> | |
| <u>X Bruna Helena Moreira da Silva</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

Campo para digital do responsável

Nº de Registro: 436

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maria Aparecida Agostinho</u> | |
| Data de nascimento: <u>29.01.1940-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| <input type="checkbox"/> Outro: | |
| CPF do beneficiado: <u>318.859.346.53</u> | |
| Telefone contato: <u>986621713</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Jose Bicalho Costa</u> | Bairro: <u>Lurdes 544</u> |
| Cidade: <u>FOZ MONTELUDE</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>354803866.20</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>13.11.23</u> | |
| <u>[Assinatura]</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Campo para digital do responsável | |



Nº de Registro: 439

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Era da Conceição Côrea</u> | |
| Data de nascimento: <u>20.06.1950-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| <input type="checkbox"/> Outro: | |
| CPF do beneficiado: <u>010.753.536.02</u> | |
| Telefone contato: <u>994500310</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Barra Mada 149</u> | Bairro: <u>B. Rogério</u> |
| Cidade: <u>FOZ MONTELUDE</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>010753536.02</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>13.11.23</u> | |
| <u>[Assinatura]</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> | |

Nº de Registro: 440

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



Nome do beneficiado: Maria Serpetina do Solorio Araujo

Data de nascimento: 08-02-1980

Gênero: Feminino Masculino Outro

Faixa etária: Idoso Criança Adolescente

CPF do beneficiado: 399 040 606 63

Telefone contato: _____ E-mail: _____

Rua/Av: Rua Luísa de Almeida Bairro: 185 Alameda AP 30

Cidade: Itapecuru CEP: _____

Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:
7624 581 216 84

DATA DE CADASTRO: 17, 11, 23

x Diolaine Araujo
Assinatura do beneficiado ou responsável

Campo para digital do responsável

Nº de Registro: 07

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



Nome do beneficiado: João Domingos de Araujo

Data de nascimento: 21/04/1941

Gênero: Feminino Masculino Outro

Faixa etária: Idoso Criança Adolescente

CPF do beneficiado: 155 308 836 53

Telefone contato: 99632315 E-mail: 5279 Carneiro

Rua/Av: Avenida Getulio Vargas Bairro: Carneiros

Cidade: Itapecuru CEP: _____

Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:

DATA DE CADASTRO: 21, 10, 22

x João de A.
Assinatura do beneficiado ou responsável

Campo para digital do responsável

ArBento

Nº de Registro: 441

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

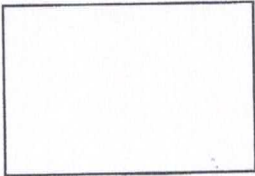


| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Aparelida das Graças Araújo Miranda</u> | |
| Data de nascimento: <u>00/01/1958-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>977 315 526 91</u> | |
| Telefone contato: <u>(31) 99538 2710</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>laqui nº68</u> | Bairro: <u>São João</u> |
| Cidade: <u>São Romão de Minas</u> | CEP: <u>35920 223</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>061 208 116-80</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>17, 11, 2023</u> | |
| <u>Denise Miranda Lourenço</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  Campo para digital do responsável |

Nº de Registro: 442

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|--|
| Nome do beneficiado: <u>Maria das Dores Araújo</u> | |
| Data de nascimento: <u>06/06/1956-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>501.020.606-49</u> | |
| Telefone contato: <u>31 97215-1951</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Geraldo Fereira de Araújo, 347</u> | Bairro: <u>Tonguambol</u> |
| Cidade: <u>São Romão de Minas</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>061. 208. 116-80</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>17, 11, 2023</u> | |
| <u>Denise Miranda Lourenço</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  Campo para digital do responsável |

Nº de Registro: 443

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Efigênia Eores Cunha</u> | |
| Data de nascimento: <u>10.10.1938.</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| <input type="checkbox"/> Outro: | |
| CPF do beneficiado: | |
| Telefone contato: <u>995951602</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Avenida Wilson Aravença</u> | Bairro: <u>Carmoninhos S/N</u> |
| Cidade: <u>Joaquim Monlevade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| <u>792.416.036.15</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>17/11/23</u> | |
| <u>Elone Eores Cunha</u> | |
| Assinatura do beneficiado ou responsável | Campo para digital do responsável |



Nº de Registro: 268

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Laudelina de Santana Souza Bento</u> | |
| Data de nascimento: <u>04.08.1942.</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| <input type="checkbox"/> Outro: | |
| CPF do beneficiado: <u>028333496.70</u> | |
| Telefone contato: <u>995893852</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Cassia - 222</u> | Bairro: <u>Campe Elisias</u> |
| Cidade: <u>Joaquim Monlevade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| <u>Divina Aparecida Silva Souza</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>7/6/2023</u> | |
| <u>Divina Aparecida S. Souza</u> | |
| Assinatura do beneficiado ou responsável | Campo para digital do responsável |

Divina

Nº de Registro: 446

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maria das Graças dos Santos</u> | |
| Data de nascimento: <u>31.05.1954</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>00832321680</u> | |
| Telefone contato: _____ | |
| Rua/Av: <u>Estrela Dalva</u> | Bairro: <u>Rua Ezequiel 20</u> |
| Cidade: <u>Monte Verde MG</u> | CEP: _____ |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>00832321680</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20/11/23</u> | |
| <u>Maria das Graças dos Santos</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

Nº de Registro: 444

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Geralda Andre Galvame</u> | |
| Data de nascimento: <u>11.11.52</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>250.230.716.34</u> | |
| Telefone contato: <u>91189838</u> | |
| Rua/Av: <u>Rua 38 no 7B</u> | Bairro: <u>Laanda</u> |
| Cidade: <u>Monte Verde MG</u> | CEP: _____ |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20/11/23</u> | |
| <u>Andre Galvame</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |



Nº de Registro: 449

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|--|------------------------|---|--|
| Nome do beneficiado: Ana Ribeiro Campos | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: 07.07.1942- | | <input type="checkbox"/> Criança <input checked="" type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: 076.404.916-06 | | | |
| Telefone contato: 983662953 | E-mail: | | |
| Rua/Av: Rua 06 Nidia Banque | Bairro: Vila Banque 45 | | |
| Cidade: João Monlevade | CEP: | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: 8900210 276 53 | | | |
| DATA DE CADASTRO: 22/11/23 | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Campo para digital do responsável</p> | |
| <p style="text-align: center;">Assinatura do beneficiado ou responsável</p> | | | |



Nº de Registro: 251

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|--|--------------------|---|--|
| Nome do beneficiado: Virgínia Martins Leung | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: 15.06.1931- | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: 512.125.286.20 | | | |
| Telefone contato: 997711165 | E-mail: | | |
| Rua/Av: Bairro Santa Cruz | Bairro: Santa Cruz | | |
| Cidade: João Monlevade MG | CEP: 35930 | | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | | | |
| DATA DE CADASTRO: 24/04/23 | | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Campo para digital do responsável</p> | |
| <p style="text-align: center;">Assinatura do beneficiado ou responsável</p> | | | |

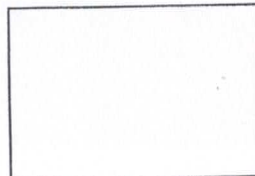
Nº de Registro: 450

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Maulete Márcia Lúcio</u> | |
| Data de nascimento: <u>11/12/59</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>036 220 356 33</u> | |
| Telefone contato: <u>9 86 45 32 41</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Amado Fagundes 3719</u> | Bairro: <u>Leander</u> |
| Cidade: <u>Ipil</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>465 440 036 -20</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>27.11.23</u> |  |
| <u>Quarez Eugênio dos Santos</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| Campo para digital do responsável | |

Nº de Registro: 451

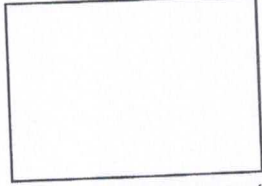
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

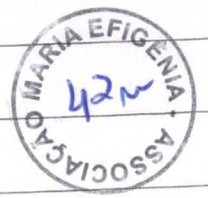
| | |
|--|--|
| Nome do beneficiado: <u>Jesus Manuel Sabino</u> | |
| Data de nascimento: <u>26.04.1945</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input checked="" type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: | |
| Telefone contato: <u>9 8831 9132</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua 36 no 162</u> | Bairro: <u>Ulra Cruz.</u> |
| Cidade: <u>Ipil</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>088 923 896 - 02</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>27.11.23</u> |  |
| <u>Flavore Custina Sabino</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |



Nº de Registro: 452

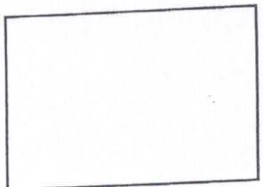
CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Salvador Manuel Sabino</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>12.03.1953</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: _____ | | | |
| Telefone contato: <u>988319132</u> | | E-mail: _____ | |
| Rua/Av: <u>Rua 03 Número 34</u> | | Bairro: <u>B. Sion</u> | |
| Cidade: <u>Faz. Monlevade</u> | | CEP: _____ | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>088 993 896 02</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>27.11.23</u> | |  | |
| <u>X</u> <u>Flavore Custino Sabino</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |



Nº de Registro: 453

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nome do beneficiado: <u>Carmelita Rosa Sabino</u> | | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto | |
| Data de nascimento: <u>30.08.1957</u> | | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente | |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| CPF do beneficiado: <u>094.832.656 01</u> | | | |
| Telefone contato: <u>988319132</u> | | E-mail: _____ | |
| Rua/Av: <u>Rua 03 Número 34</u> | | Bairro: <u>Sion</u> | |
| Cidade: <u>Faz. Monlevade</u> | | CEP: _____ | |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>088 993 896 02</u> | | | |
| DATA DE CADASTRO: <u>27.11.23</u> | |  | |
| <u>X</u> <u>Flavore Custino Sabino</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | | | |

Flavore Sabino

Campo para digital do responsável

Nº de Registro: 455

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Jose paulino Braga</u> | |
| Data de nascimento: <u>28-7-1945-</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>216 433 696-87</u> | |
| Telefone contato: <u>31 9935 1610</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>São Tomás de Aquino</u> | Bairro: <u>Ernestina Quociana</u> |
| Cidade: <u>Feijó Maranhão</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>Jose maria Barros</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>29 / 11 / 2023</u> | |
| <u>X José Maria Barros</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

Campo para digital do responsável

Jose Maria Barros

Rua Trinta e Dois, N°63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



3 - AÇÕES PROGRAMADAS E EXECUTADAS

| META/OBJETIVO | MEIOS DE REALIZAÇÃO | DATAS PREVISTAS | DATAS CUMPRIDAS |
|--|---|--|-----------------------|
| 1. Preparar e distribuir a multimistura (farinha nutricional) destinadas às pessoas idosas. | - Aquisição de materiais de consumo (ingredientes para a farinha nutricional). - Aquisição de Embalagens | durante a vigência durante a vigência | OUTUBRO/NOVEMBRO/2023 |
| . Realizar o controle e registro das entregas da multimistura aos beneficiários, bem como a prestação de contas do Projeto | -Contratação de profissional, auxiliar administrativo com carga horária de 40 horas semanais. | durante a vigência | OUTUBRO/NOVEMBRO/2023 |



4 – RELATÓRIO FOTOGRÁFICO DE ATIVIDADES E/OU AQUISIÇÃO DE MATERIAL PERMANENTE

| DATA/ LOCALIZAÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------------------------------|--|
| <p>09/10/2023 Sede AME</p> |  |
| <p>11/10/2023 Sede AME</p> |  |

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



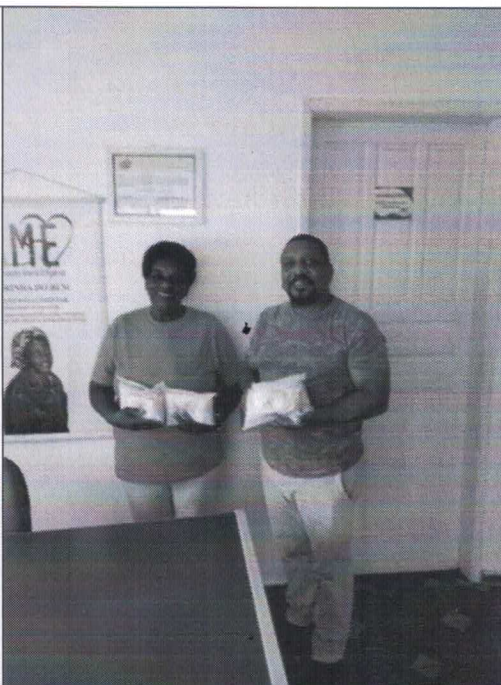
17/11/2023
Secretaria de Saúde



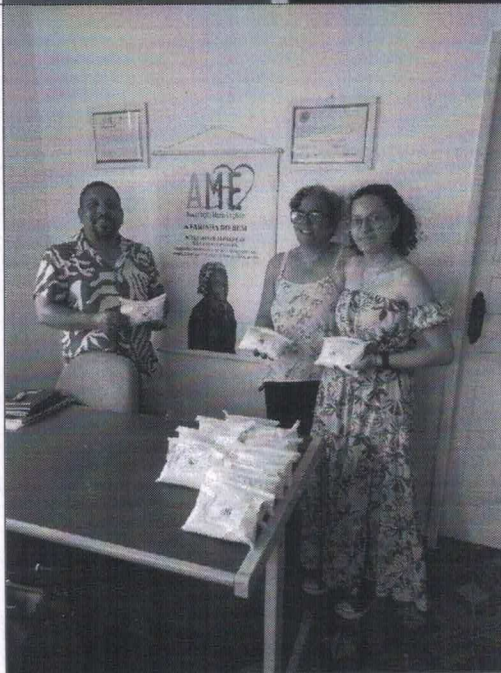
Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



20/11/2023
Sede AME



22/11/2023
Sede AME



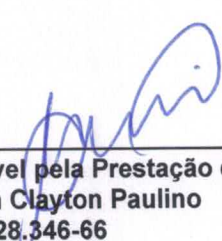
Ass Santos

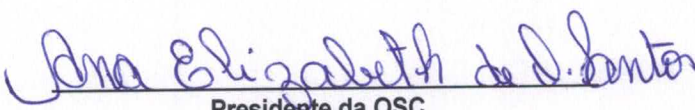
Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



| | |
|---|--|
| <p>27/11/2023 Sede AME</p> | |
| <p>SEDE DA AME 24/11/2023 Aquisição de material</p> | |

João Monlevade, 07 de dezembro de 2023.


Responsável pela Prestação de Contas
Mendelson Clayton Paulino
CPF:032.428.346-66


Presidente da OSC





ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME
CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



ANEXO III

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA– REF

| | |
|----------------------------|--|
| OSC PARCEIRA | AME - Associação Maria Efigênia |
| CNPJ | 19.053.246/0001-50 |
| OBJETO DA PARCERIA | Garantir o preparo da multimistura AME e o atendimento direto da pessoa idosa que tenha algum viés de necessidade associado, seja de vulnerabilidade social e/ou de complementação alimentar, também contratar um auxiliar administrativo para o registro das entregas do produto e organização de prestação de contas do Projeto. |
| PERÍODO DE EXECUÇÃO | 04/10/2023 a 07/12/2023 |
| TIPO DE PARCERIA | () COLABORAÇÃO (X) FOMENTO () COOPERAÇÃO |
| VALOR TOTAL REPASSE | R\$ 47.409,00 |
| PRESTAÇÃO DE CONTAS | PARCELA PARCIAL02 VALOR: R\$ 6.918,02 DATA DE REPASSE: 08/08/2023 |

AME Santos



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA - AME
CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



1 - EXTRATOS BANCÁRIOS

Assistentes

Visualizar Pix agrupados

Consultas - Extrato de conta corrente

G3350709003326261
07/12/2023 09:03:59

Cliente - Conta atual

Agência 2220-9
 Conta corrente 58565-3 ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA
 Período do extrato Mês atual



Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote | Histórico | Documento | Valor R\$ | Saldo |
|-------------------------|---------------|------------|-------|--|---------------------|------------|-------------|
| 01/11/2023 | | 0000 | 00000 | 000 Saldo Anterior | | | 38.998,97 C |
| 01/12/2023 | | 2220 | 99015 | 120 Transferido para Poupança | 552.220.510.039.795 | 1.320,00 D | |
| | | | | 01/12 15:34 MENDELSON CLAYTON PAULIN | | | |
| 01/12/2023 | | 0000 | 13105 | 144 Pix - Enviado | 120.101 | 299,70 D | |
| | | | | 01/12 11:13 ORGANIZACAO DE CEREAIS MON | | | |
| 01/12/2023 | | 0000 | 13105 | 144 Pix - Enviado | 120.102 | 89,50 D | 37.289,77 C |
| | | | | 01/12 11:22 PHILIPPE PAVARO | | | |
| 06/12/2023 | | 2220 | 99015 | 470 Transferência enviada | 553.394.000.002.105 | 3.888,82 D | 33.400,95 C |
| | | | | 06/12 15:50 ORGANIZ DE CEREAIS | | | |
| 07/12/2023 | | 0000 | 00000 | 999 S A L D O | | | 33.400,95 C |
| Saldo | | | | | | | 33.400,95 C |
| Juros * | | | | | | | 0,00 |
| Data de Debito de Juros | | | | | | | 29/12/2023 |
| IOF * | | | | | | | 0,00 |
| Data de Debito de IOF | | | | | | | 02/01/2024 |

 OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JD192992 ANA ELIZABETH DE OLIVEIRA SANTOS.

Ana Santos



Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



| DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA | | | | | |
|--|--|----------------------|------------|--|----------------------|
| TERMO DE FOMENTO N.º 06/2023 | | | | | |
| PERÍODO: 04/10/2023 a 06/12/2023 | | | | | |
| RECEITA | | | DESPESA | | |
| DATA | HISTÓRICO | VALOR | DATA | HISTÓRICO | VALOR |
| 08/08/2023 | REPASSE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARCELA UNICA | R\$ 47.409,00 | 01/12/2023 | - Aquisição de materiais de consumo (ingredientes para a farinha nutricional). - Aquisição de Embalagens. | R\$4.278,02 |
| | | | 01/12/2023 | -Contratação de profissional, auxiliar administrativo com carga horária de 40 horas semanais. | R\$2.640,00 |
| 04/10/2023 | TOTAL DA RECEITA | R\$ 40.318,97 | 07/12/2023 | TOTAL DA DESPESA | R\$ 6.918,02 |
| | | | 07/12/2023 | SALDO P/ PRÓXIMO MÊS | R\$ 33.400,95 |

DELICI SERGIO DO COUTO:11916460682
682
Assinado de forma digital por DELICI SERGIO DO COUTO:11916460682
Dados: 2023.12.07 09:39:39 -03'00'

Contador da OSC

Presidente da OSC

Responsável pela Prestação de Contas
Mendelson Clayton Paulino
CPF: 032.428.346-66

Associação Maria Efigênia.
Uma organização do bem.



Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



5-DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO

| DESPESAS COM MANUTENÇÃO | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------|---|--------------------------|--------------------------------|
| ITEM | FORNECEDOR | DISCRIM. DAS DESPESAS/REF | COMPROVANTES DAS DESPESAS | | | COMPROVANTE PAGAMENTO | |
| | | | DOC. FISCAL | Nº | DATA DA EMISSÃO DO DOC. FISCAL | VALOR EM R\$ | DATA DA TRANSF. ELET. |
| | ORGANIZAÇÃO DE CEREIAS MONLEVAD E | COMPRAS | NOTA FISCAL | 17708 | 01/12/2023 | R\$ 3.888,82 | 06/12/2023 |
| 2) | PHILIPPE PAVAROTTI | COMPRA EMBALAGEM PLÁSTICA | NOTA FISCAL | 00746 | 28/11/2023 | R\$ 89,50 | 01/12/2023 |
| 3) | ORGANIZAÇÃO DE CEREIAS MONLEVAD E | COMPRAS | NOTA FISCAL | 17499 | 22/11/2023 | R\$ 299,70 | 01/12/2023 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| TOTAL DE DESPESAS | | | | | | | R\$ 4.278,02 |

DELCI SERGIO DO COUTO:11916460682
Assinado de forma digital por DELCI SERGIO DO COUTO:11916460682
Dados: 2023.12.07 09:40:44 -03'00'

Contador da OSC

Ana Elizabeth de O. Santos

Presidente da OSC

Responsável pela Prestação de Contas
Mendelson Clayton Paulino
CPF: 032.428.346-66

Associação Maria Efigênia.
Uma organização do bem.

AS Santos



Transferências entre contas correntes BB

G3330615450564781
06/12/2023 15:51:21

Debitado

| | |
|----------------|---------------------------|
| Nome | ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA |
| Agência | 2220-9 |
| Conta corrente | 58565-3 |



Creditado

| | |
|----------------|--------------------|
| Nome | ORGANIZ DE CEREAIS |
| Agência | 3394-4 |
| Conta corrente | 2105-9 |
| Valor | 3.888,82 |
| Data | Nesta data |

Transação efetuada com sucesso por: JD192992 ANA ELIZABETH DE OLIVEIRA SANTOS.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

ANA SANTOS



ORGANIZACAO DE CEREIS MONLEVADE LTDA
SUPER COMERCIAL MONLEVADE
 Avenida Wilson Alvarenga - 700 - Carneirinhos
 Joao Monlevade - MG
 CEP: 35930480 Fone (31)3852-4411
 Email: atendimento@comercialmonlevade.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - SAIDA
 0 - ENTRADA

Nº: 17708
 SÉRIE: 1

Controle do Fisco

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 ATRAVES DO ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 3624067850248

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIB.:

CNPJ: 18107045000397

PROTOCOLO: 131235704414470 - 01/12/2023 12:46:41-03:00

Chave de acesso da NF-e para consulta de autenticidade no site: 31231218107045000397550010000177081028759520

DESTINATARIO - REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA AME

BAIRRO/DISTRITO: AREIA PRETA

CEP: 35930000

ENDEREÇO: RUA 32. N.63 - 000000 - S N 0

MUNICIPIO: JOAO MONLEVADE

FONE/FAX: 3138506352

UF: MG

INDICADOR IE: 1 - Contribuinte ICMS

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0034567630092

CNPJ / CPF: 19053246000150

DATA DE EMISSAO: 01/12/2023

DATA DE SAIDA:

HORA DE SAIDA:

| Fatura | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: |
|--------|--------|------------------|---------|--------|------------------|--------|--------|------------------|--------|
| 001 | 001 | 31/12/2023 | 3888,82 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|----------------------|------------|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|
| ALCULO DO IMPOSTO | BASE CALCULO DO ICMS | VALOR ICMS | BASE CALCULO DO ICMS DA SUBSTITUIÇÃO | VALOR ICMS DA SUBSTITUIÇÃO | TOTAL DO PIS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| | 1.515,12 | 164,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.888,82 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS | VALOR DO IPI | VALOR DA COFINS | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.888,82 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE: 1 - Por conta do destinatário

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

MUNICIPIO

ENDEREÇO

QUANTIDADE: 0

ESPECIE: Nao informada

MARCA: Nao informada

NUMERAÇÃO: 000000

PESO BRUTO: 0,000

PESO LIQUIDO: 0,000

| CÓDIGO / DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UND. | QUANTIDADE | V.UNITARIO | DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|---|----------|-----|------|------|------------|------------|-------|---------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 42017 - LEITE PO COTOCHES PCT 400G INTEG UN 1,0 | 04022110 | 060 | 5929 | UN | 85,0000 | 14,98 | 0,00 | 973,70 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 46015 - FUBA MIMOSO ANCHIETA 1KG UN 1,0 | 11022000 | 000 | 5929 | UN | 329,0000 | 2,99 | 0,00 | 983,71 | 983,71 | 68,85 | 0,00 | 7,00 | 0,00 |
| 202763 - AVEIA FLOCOS FINOS YOKI 170G UN 1,0 | 11041200 | 000 | 5929 | UN | 37,0000 | 4,99 | 0,00 | 184,63 | 184,63 | 33,23 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 238182 - AVEIA FLOCOS FINOS NESTLE 170G UN 1,0 | 11041200 | 000 | 5929 | UN | 28,0000 | 4,99 | 0,00 | 139,72 | 139,72 | 25,14 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 303750 - FAR LINHACA PACHA 250G MARROM UN 1,0 | 12089000 | 000 | 5929 | UN | 17,0000 | 5,99 | 0,00 | 101,83 | 101,83 | 18,32 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 486484 - FARELO TRIGO KODILAR 500G FINO UN 1,0 | 11043000 | 000 | 5929 | UN | 17,0000 | 6,19 | 0,00 | 105,23 | 105,23 | 18,94 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 548168 - MUCILON SCH 360G MILHO UN 1,0 | 19011030 | 060 | 5929 | UN | 20,0000 | 10,99 | 0,00 | 219,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 548298 - MUCILON SCH 360G ARROZ UN 1,0 | 19011030 | 060 | 5929 | UN | 53,0000 | 10,99 | 0,00 | 582,47 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 571708 - MUCILON SCH 360G ARROZ AVEIA INT UN 1,0 | 19011030 | 060 | 5929 | UN | 23,0000 | 10,99 | 0,00 | 252,77 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 916448 - MINGAU NUTRIBOM SCH 180G MULTICER UN 1,0 | 19011030 | 060 | 5929 | UN | 64,0000 | 5,39 | 0,00 | 344,96 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Handwritten signature

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18,00% - 531,41 - 95,63 7,00% - 983,71 68,85 Itens ST- 2.373,70 Venc:31 12 23 - NOTA FISCAL ref. a NFC-e - 000212820-007 de 01-12-23 Serie: AV018107045000397007 Marca: OUTRAS Mod: NFCE 000210355-012 de 01-12-23 - Serie: AV018107045000397012 Marca: OUTRAS Mod: NFCE - Trib aprox RS: 523,00 Federal e 640,91 Estadual Fonte:IBPT -

RESERVADO AO FISCO



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME – CNPJ: N.º
19.053.246/0001-50

Rua Trinta e dois, n.º 63, bairro Areia Preta / João Monlevade – MG
Contato: (31) 3850-5362 – (31) 98862-9462
e-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023



Fornecedor: *Super comercial monlevade.*
CNPJ:
Telefone: *(31) 38511045*
E-mail: *ed.laine @ comercial monlevade . com . Br.*

| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|---|-----------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 65 | Leite em pó pacote 400g | 14,98 = 973,70 |
| 96 | Mucilon arroz ou milho 400g (360g) | 10,99 = 1055,04 |
| 65 | Farinha aveia flocos finos caixa 170g | 4,99 = 324,35 |
| 329 | Fubá mimoso pacote 1 kg | 2,99 = 983,71 |
| 17 | Semente linhaça moída 250g | 5,99 = 101,83 |
| 17 | Farelo de trigo fino pacote 500g | 6,19 = 105,23 |
| 64 | Farinha cereais Nutribom multicereais sachê 230g (180g) | 5,39 = 344,96 |
| | Total: | R\$3888,82 |

João Monlevade, 19, de novembro de 2023.

Assinatura e carimbo da empresa

Agomes
W. Alvarenga

18.107.045/0003-97

Organização de Cereais Monlevade Ltda.

Av. Wilson Alvarenga, 700
Carneirinhos - CEP 35.930-480
João Monlevade - MG

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor: *Supermercado Fraga*
CNPJ: *71.216.113/0001-77*
Telefone: *38525292*
E-mail:



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|--|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 65 | Leite em pó pacote 400g | 16,99 |
| 96 | Mucilon arroz ou milho 400g | 15,99 |
| 65 | Farinha aveia flocos finos caixa 170g | 5,49 |
| 329 | Fubá mimoso pacote 1 kg | 2,99 |
| 17 | Semente linhaça moída 250g | 7,99 |
| 17 | Farelo de trigo fino pacote 500g | 6,99 |
| 64 | Farinha cereais Nutribom multicereais sachê 230g | 5,69 |
| | | 4.598,77 |

João Monlevade, 20, de novembro de 2023.

[Handwritten Signature]
COMERCIAL FRAGALDA
CNPJ: 71.216.113/0001-77

Assinarura e Carimbo da Empresa

[Handwritten Signature]

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.



Fornecedor: *Supermercado Botes*
CNPJ:
Telefone: *38515040*
E-mail: *R: 22, nº 158, Lomba, Curitiba*

| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|--|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 65 - | Leite em pó pacote 400g | 15,99 |
| 96 - | Mucilon arroz ou milho 400g | 16,99 |
| 65 - | Farinha aveia flocos finos caixa 170g | 6,49 |
| 329 - | Fubá mimoso pacote 1 kg | 7,59 |
| 17 - | Semente linhaça moída 250g | 8,99 |
| 17 - | Farelo de trigo fino pacote 500g | 5,49 |
| 64 - | Farinha cereais Nutribom multicereais sachê 230g | 5,49 |
| | | 4.870,87 |

João Monlevade, 20, de novembro de 2023.

Paula Cristina Paula

Assinatura e Carimbo da Empresa

AME Botes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 11.22.54
2220902220 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA
AGENCIA: 2220-9 CONTA: 58.565-3



=====

SOBRE A TRANSACAO

ID: E0000000020231201142110510842135
CNPJ DO PAGADOR: 19.053.246/0001-50
VALOR: 89,50
DATA: 01/12/2023 - 11:22:32

PAGO PARA: Philippe Pavaro
CNPJ: 45.161.493/0001-80
CHAVE PIX: 45161493000180
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000210330988
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
com valor máximo de R\$ 10,00.

Notificacao enviada em: 01/12/2023 - 11:22:36

=====

DOCUMENTO: 120102
AUTENTICACAO SISBB: 4.A44.5CA.9FF.0C0.E86

=====

Central de Atendimento BB
004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e Demais canais de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Ad Santos

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| RECEBEMOS DE PHILIPPE PAVAROTTI MACHADO CORREIA DOMINGUES LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSION: 28/11/2023 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA - VALOR TOTAL: R\$ 89,50 | | NF-e Nº 000000746 SÉRIE 001 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|--|--|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE PHILIPPE PAVAROTTI MACHADO CORREIA DOMINGUES LTDA AVENIDA WILSON ALVARENGA, 1394 LOJA B - CARNEIRINHOS - CEP:35930-001 - JOAO MONLEVADE - MG TEL: (31)3852-3287 | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000000746 fl. 1 /1 SÉRIE 001 |  CHAVE DE ACESSO 3123 1145 1614 9300 0180 5500 1000 0007 4617 4911 6630 |
| | | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros | PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131235698511766 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 42612640029 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 45.161.493/0001-80 |

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA | | 19.053.246/0001-50 | 28/11/2023 |
| ENDEREÇO RUA TRINTA E DOIS, 63 | BAIRRO / DISTRITO AREIA PRETA | CEP 35930-399 | DATA SAÍDA / ENTRADA 28/11/2023 |
| MUNICÍPIO JOAO MONLEVADE | FONE / FAX (31)8862-9462 | UF MG | INSCRIÇÃO ESTADUAL 0034567630092 |
| | | | HORA DA SAÍDA 20:30:00 |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST. 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 89,50 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESP. ACESS. 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 89,50 |

| | | | | | | |
|--|---------|----------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA 9 - SEM FRETE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
| RAZÃO SOCIAL | | MUNICÍPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| ENDEREÇO | MARCA | | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | | | | | |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|-------|------|-------|--------|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|--------------|-----------------------|
| CÓDIGO DO PROD. / SERV. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM / SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE CÁLC. ICMS | VALOR I.C.M.S. | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
| 33 | SACO PLÁSTICO 20X30CM | 39232190 | 0102 | 5102 | KG | 5,00 | 17,90 | 0,00 | 89,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 0,00 |

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DO ICMS E IPI Trib aprox ___ Federal, ___ Estadual e ___ Municipal DADOS BANCARIOS, BANCO 077 INTER AG: 0001-9 C.C. 21033098-8 PIX:45161493/0001-80 FAVORECIDO:O MESMO (PHILIPPE LTDA). Formas de Pagto.: Banco R\$ 89,50 | |

Assunto

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor:

45.161.493/0001-80

CNPJ:

**Philippe Pavarotti Machado
Correia Domingues Ltda.**

Telefone:

**Av. Wilson Alvarenga, 1394, Loja B
Carneirinhos - CEP 35.930-001**

E-mail:

João Monlevade - MG



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|--|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 5 kg | EMBALAGEM PLASTICA 20 X30 cm R\$ 17,90 | R\$ 89,50 |
| | | |

João Monlevade, 16, de novembro de 2023. -

45.161.493/0001-80

**Philippe Pavarotti Machado
Correia Domingues Ltda.**

**Av. Wilson Alvarenga, 1394, Loja B
Carneirinhos - CEP 35.930-001**

João Monlevade - MG

Assinatura e carimbo da Empresa

João Monlevade

Assinatura

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor:

26.198.642/0001-30

CNPJ:

Henrique Lage Cabral - ME

Telefone:

Av. Armando Fajardo, 4.568, Loja 01
Cruzeiro Celeste - CEP 35.931-073

E-mail:

João Monlevade - MG



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|------------------------------------|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 5 kg | EMBALAGEM PLASTICA 20 X30 cm 23,60 | 118,00- |

João Monlevade, 20, de novembro de 2023.

Jessica Catifone
Assinatura e carimbo da Empresa

26.198.642/0001-30
Henrique Lage Cabral - ME
Av. Armando Fajardo, 4.568, Loja 01
Cruzeiro Celeste - CEP 35.931-073
João Monlevade - MG

Assinatura

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.



Fornecedor: *Plast Lamas LTDA.*
CNPJ: *04 333 315/0001-01*
Telefone: *Getúlio Vargas 5356*
E-mail: *Carneiros jmk.*

| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 5 kg | EMBALAGEM PLASTICA 20 X30 cm | \$ 125,00 |

João Monlevade, 30, de novembro de 2023.

04 333 315 / 0001 - 01

PLAST LAMAS LTDA.

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 5356

CARNEIRINHOS - CEP 35930-003

JOÃO MONLEVADE - MG

Assinatura e carimbo da Empresa

Carneiros

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 11.14.15
2220902220 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA
AGENCIA: 2220-9 CONTA: 58.565-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

ID: E0000000020231201141204491560893
CNPJ DO PAGADOR: 19.053.246/0001-50
VALOR: 299,70
DATA: 01/12/2023 - 11:13:27

PAGO PARA: Organizacao de Cereais Monlevade Ltd
CNPJ: 18.107.045/0001-25
CHAVE PIX: 18107045000125
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 4259 - CONTA: 00030000000000001540
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
com valor máximo de R\$ 10,00.

Notificacao enviada em: 01/12/2023 - 11:13:32

=====

DOCUMENTO: 120101
AUTENTICACAO SISBB: B.733.C49.11B.4A9.F61

=====

Central de Atendimento BB
004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e Demais canais de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.



Carla Santos

RECEBEMOS DE ORGANIZACAO DE CEREIS MONLEVADE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA RECEBIMENTO CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e N° 17499 SÉRIE 1

ORGANIZACAO DE CEREIS MONLEVADE LTDA
 SUPER COMERCIAL MONLEVADE
 Avenida Wilson Alvarenga - 700 - Carneirinhos
 Joao Monlevade - MG
 CEP: 35930480 Fone (31)3852-4411
 Email: atendimento@comercialmonlevade.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - SAIDA
 0 - ENTRADA

Nº: 17499
 SÉRIE: 1

Controle do Fisco



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 ATRAVES DO ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 3624067850248

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIB.:

CNPJ: 18107045000397

PROTOCOLO: 131235686396071 - 22/11/2023 16:01:52-03:00

Chave de acesso da NF-e para consulta de autenticidade no site: 31231118107045000397550010000174991028757440

DESTINATARIO - REMETENTE

NOMEIRAÇÃO SOCIAL: ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA AME

ENDEREÇO: RUA 32. N.63 - 000000 - S N 0

MUNICIPIO: JOAO MONLEVADE

BAIRRO/DISTRITO: AREIA PRETA

CEP: 35930000

UF: MG

INDICADOR IE: 1 - Contribuinte ICMS

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0034567630092

CNPJ / CPF: 19053246000150

DATA DE EMISSÃO: 22/11/2023

DATA DE SAIDA:

HORA DE SAIDA:

| Fatura | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: | NÚMERO | DATA VENCIMENTO: | VALOR: |
|--------|--------|------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|------------------|--------|
| 001 | | 22/12/2023 | 299,70 | | | | | | |

| CALCULO DO IMPOSTO | | VALOR ICMS | BASE CALCULO DO ICMS DA SUBSTITUIÇÃO | VALOR ICMS DA SUBSTITUIÇÃO | TOTAL DO PIS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | | | | | | | |
|----------------------|--------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------|----------------------------|------|--------------|------|-----------------|------|---------------------|--------|
| BASE CALCULO DO ICMS | 299,70 | 53,94 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 299,70 | | | | | | | |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | DESCONTO | 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS | 0,00 | VALOR DO IPI | 0,00 | VALOR DA COFINS | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA | 299,70 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE: 1 - Por conta do destinatário

CODIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
|------------|---------------|---------------|-----------|------------|--------------|
| 0 | Nao informada | Nao informada | 000000 | 0,000 | 0,000 |

| CÓDIGO / DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UND. | QUANTIDADE | V.UNITARIO | DESC. | V.TOTAL | BC. ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|--|----------|-----|------|------|------------|------------|-------|---------|----------|--------|-------|------------|-----------|
| 628849 - MAX TITANIUM ALBUMINA 3KG BAUNILHA UN 1.0 | 21069030 | 000 | 5929 | UN | 3,000 | 99,90 | 0,00 | 299,70 | 299,70 | 53,94 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

de Santos

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

18,00%- 299,70 53,94 Venc:22 12 23 - NOTA FISCAL ref. a NFC-e - 000211463-007 de 21-11-23 Serie: AV018107045000397007

Marca: OUTRAS Mod: NFCE - - Trib aprox RS: 40,30 Federal e 20,97 Estadual Fonte:IBPT -

RESERVADO AO FISCO

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor: Super Comercial Monlevade

CNPJ:

Telefone: (31) 38511045

E-mail: edilano@comercialmonlevade.com.br



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|--|-------------|
| QUANT | ITENS DE DESPESA CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 16 | SUPLEMENTO ALBUMINA 420g/und Albumina 3Kg | 9990 |

3 x 99,90 → 299,70

João Monlevade, 20, de novembro de 2023.

Assinatura e carimbo da Empresa

Edilano
18.107.045/0003-97

Organização de Cereais Monlevade Ltda.

Av. Wilson Alvarenga, 700
Carneirinhos - CEP 35.930-480
João Monlevade - MG

Ad Santos

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor: Equilibrio e Forma

CNPJ: 26.609.105/0002-17

Telefone: (31) 99638-7733

E-mail: @equilibrioefarmacia



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------|
| QUANT | ITENS DE DESPESA CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 16 | SUPLEMENTO ALBUMINA 420g/und | 59,90 (-5%) |

TOTAL = 838,80

João Monlevade, 30, de novembro de 2023. -

Assinatura e carimbo da Empresa

Assinatura de A. Santos

Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor: *drogaria cruzeiro celeste LTDA - ME*
CNPJ: *06 182.990/0001-02*
Telefone: *Armando Fajardo 4227*
E-mail: *cruzeiro celeste*



| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | | VALOR TOTAL |
|---------------------------|------------------------------|--------------|----------------|
| ITENS DE DESPESA | | | |
| QUANT | CUSTEIO | | |
| 16 | SUPLEMENTO ALBUMINA 420g/und | <i>58,00</i> | <i>+928,00</i> |

João Monlevade, 20, de novembro de 2023. -



Assinatura e carimbo da Empresa

Armando Fajardo



Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



7. DESPESAS COM PRESTADORES DE SERVIÇOS – TERCEIRIZADOS

| ITEM | PRESTADOR DE SERVIÇO | DISCRIM. DO SERVIÇO PRESTADO | COMPROVANTES DAS DESPESAS | | | COMPROVANTE PAGAMENTO | |
|---|---------------------------|---|---------------------------|----------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | | | DOC. FISCAL | Nº | DATA DA EMISSÃO DO DOC. FISCAL | VALOR EM R\$ | DATA DA TRANSF. ELET. |
| 1) | MENDELSON CLAYTON PAULINO | -Contratação de profissional, auxiliar administrativo com carga horária de 40 horas semanais. | NF NF | 05 07 | 01/11/2023 01/12/2023 | R\$ 1.320,00 R\$ 1.320,00 | 01/11/2023 01/12/2023 |
| TOTAL DESPESAS COM PRESTADORES DE SERVIÇOS – TERCEIRIZADOS | | | | | | | R\$ 2.640,00 |

DELCI SERGIO DO COUTO:11916460682
Assinado de forma digital por DELCI SERGIO DO COUTO:11916460682
Dados: 2023.12.07 09:41:09 -03'00'

Contador da OSC

Ana Elizabeth de D. Santa
Presidente da OSC

João Monlevade, 07 de dezembro de 2023.

Responsável pela Prestação de Contas
Mendelson Clayton Paulino
CPF: 032.428.346-66

Ana Elizabeth de D. Santa
Presidente da OSC



Chave de Acesso da NFS-e
3136207225029812700010700000000000523115630451700

Número da NFS-e
5

Número da DPS
5

Competência da NFS-e
01/11/2023

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
01/11/2023 12:41:47

Data e Hora da emissão da DPS
01/11/2023 12:41:47

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

| | | | |
|---|--|--|----------------------------|
| EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço | CNPJ / CPF / NIF 50.298.127/0001-07 | Inscrição Municipal - | Telefone (31) 8937-2633 |
| Nome / Nome Empresarial 50.298.127 MENDELSON CLAYTON PAULINO | | E-mail MENDELSONCLAYTON@HOTMAIL.COM | |
| Endereço CAQUI, 68 | | Município João Monlevade - MG | CEP 35930-223 |
| Simplex Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI) | | Regime de Apuração Tributária pelo SN - | |
| TOMADOR DO SERVIÇO | CNPJ / CPF / NIF 19.053.246/0001-50 | Inscrição Municipal - | Telefone - |
| Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA | | E-mail EXPEDIENTE@DELICICOUTO.COM.BR | |
| Endereço TRINTA E DOIS, 63 | | Município João Monlevade - MG | CEP 35930-399 |



INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|------------------------|
| Código de Tributação Nacional 17.03.01 - Assessoria, análise, a... ção, atendimento, consulta, ca... | Código de Tributação Municipal - | Local da Prestação João Monlevade - MG | País da Prestação - |
| Descrição do Serviço REALIZAÇÃO DE CADASTRAMENTO, ATENDIMENTO AO PÚBLICO E PRESTAÇÃO DE CONTAS. | | | |

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

| | | | |
|--|---|---|---|
| Tributação do ISSQN Operação Tributável | País Resultado da Prestação do Serviço - | Município de Incidência do ISSQN João Monlevade - MG | Regime Especial de Tributação Nenhum |
| Tipo de Imunidade - | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não | Número Processo Suspensão - | Benefício Municipal - |
| Valor do Serviço R\$ 1.320,00 | Desconto Incondicionado - | Total Deduções/Reduções - | Cálculo do BM - |
| BC ISSQN - | Alíquota Aplicada - | Retenção do ISSQN Não Retido | ISSQN Apurado - |

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

| | | | |
|-----------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| IRRF - | CP - | CSLL - | TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL - |
| PIS - | COFINS - | Retenção do PIS/COFINS - | |

VALOR TOTAL DA NFS-E

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| Valor do Serviço R\$ 1.320,00 | Desconto Condicionado R\$ | Desconto Incondicionado R\$ | ISSQN Retido - |
| IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00 | PIS/COFINS Retidos - | | Valor Líquido da NFS-e R\$ 1.320,00 |

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

| | | |
|---------------|----------------|-----------------|
| Federais - | Estaduais - | Municipais - |
|---------------|----------------|-----------------|

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 118054000

Clayton

ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME – CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50
 Rua Trinta e dois, n.º 63, bairro Areia Preta / João Monlevade – MG
 Contato: (31) 3850-5362 – (31) 98862-9462
 e-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



Horas Trabalhadas

Empregador: Associação Maria Efigênia - AME de João Monlevade
 Função: Auxiliar Administrativo

Data de Admissão: 01/08/2023 CNPJ: 50.298.127.0001-07

Prestador de serviço:

Mendelson Dapin Salina LOCAL: *AME*



| MÊS: OUTUBRO | | | | | ASSINATURA |
|--------------|----------------|----------------|--------------|--------------|------------|
| DIA | ENTRADA | Hora de Almoço | | SAÍDA | |
| | | Saída | Retorno | | |
| 1 | <i>domingo</i> | | | | <i>aul</i> |
| 2 | <i>7:50</i> | <i>12:01</i> | <i>13:05</i> | <i>12:06</i> | <i>aul</i> |
| 3 | <i>7:49</i> | <i>12:02</i> | <i>13:11</i> | <i>12:03</i> | <i>aul</i> |
| 4 | <i>7:53</i> | <i>12:03</i> | <i>13:19</i> | <i>12:00</i> | <i>aul</i> |
| 5 | <i>7:59</i> | <i>11:55</i> | <i>13:05</i> | <i>12:13</i> | <i>aul</i> |
| 6 | <i>8:02</i> | <i>11:50</i> | <i>13:00</i> | <i>12:15</i> | <i>aul</i> |
| 7 | <i>Sábado</i> | | | | |
| 8 | <i>domingo</i> | | | | |
| 9 | <i>8:01</i> | <i>12:00</i> | <i>13:03</i> | <i>12:10</i> | <i>aul</i> |
| 10 | <i>8:10</i> | <i>12:10</i> | <i>13:15</i> | <i>12:30</i> | <i>aul</i> |
| 11 | <i>8:15</i> | <i>12:15</i> | <i>13:30</i> | <i>12:20</i> | <i>aul</i> |
| 12 | <i>FÉRIADO</i> | | | | <i>aul</i> |
| 13 | <i>7:00</i> | <i>11:30</i> | <i>13:30</i> | | |
| 14 | <i>Sábado</i> | | | | |
| 15 | <i>domingo</i> | | | | |
| 16 | <i>7:00</i> | <i>11:15</i> | <i>12:40</i> | <i>12:10</i> | <i>aul</i> |
| 17 | <i>7:20</i> | <i>11:15</i> | <i>12:30</i> | <i>12:30</i> | <i>aul</i> |
| 18 | <i>7:30</i> | <i>11:45</i> | <i>13:00</i> | <i>12:15</i> | <i>aul</i> |
| 19 | <i>8:00</i> | <i>11:10</i> | <i>12:15</i> | <i>12:30</i> | <i>aul</i> |
| 20 | <i>7:49</i> | <i>11:05</i> | <i>12:10</i> | <i>12:20</i> | <i>aul</i> |
| 21 | <i>Sábado</i> | | | | |
| 22 | <i>domingo</i> | | | | |
| 23 | <i>7:55</i> | <i>11:30</i> | <i>12:40</i> | <i>12:10</i> | <i>aul</i> |
| 24 | <i>7:25</i> | <i>11:15</i> | <i>12:00</i> | <i>12:00</i> | <i>aul</i> |
| 25 | <i>8:00</i> | <i>12:00</i> | <i>13:05</i> | <i>12:10</i> | <i>aul</i> |
| 26 | <i>8:10</i> | <i>12:15</i> | <i>13:10</i> | <i>12:30</i> | <i>aul</i> |
| 27 | <i>8:30</i> | <i>11:35</i> | <i>12:30</i> | <i>12:00</i> | <i>aul</i> |
| 28 | <i>Sábado</i> | | | | |
| 29 | <i>domingo</i> | | | | |
| 30 | <i>7:30</i> | <i>11:00</i> | <i>12:10</i> | <i>16:55</i> | <i>aul</i> |
| 31 | <i>7:45</i> | <i>11:20</i> | <i>12:50</i> | <i>16:00</i> | <i>aul</i> |

ASSINATURA DA PRESIDENTE DA AME:

Carla Santos



Aplicação em poupança

Debitado

Nome ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA
Agência 2220-9
Conta corrente 58565-3



Creditado

Nome MENDELSON CLAYTON PAULINO
Agência 2220-9
Conta corrente 510039795-7
Variação 51
Valor 1.320,00
Data Nesta data

Transação efetuada com sucesso por: JD192992 ANA ELIZABETH DE OLIVEIRA SANTOS.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Ana Santos

Chave de Acesso da NFS-e
3136207225029812700010700000000000723124277476554



| | | |
|----------------------|------------------------------------|--|
| Número da NFS-e 7 | Competência da NFS-e 01/12/2023 | Data e Hora da emissão da NFS-e 01/12/2023 15:18:18 |
| Número da DPS 11 | Série da DPS 900 | Data e Hora da emissão da DPS 01/12/2023 15:18:18 |

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

| | | | |
|---|--|--------------------------|----------------------------|
| EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço | CNPJ / CPF / NIF 50.298.127/0001-07 | Inscrição Municipal - | Telefone (31) 8937-2633 |
| Nome / Nome Empresarial 50.298.127 MENDELSON CLAYTON PAULINO | E-mail MENDELSONCLAYTON@HOTMAIL.COM | | |
| Endereço CAQUI, 68 | Município João Monlevade - MG | CEP 35930-223 | |
| Simplex Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI) | Regime de Apuração Tributária pelo SN - | | |
| TOMADOR DO SERVIÇO | CNPJ / CPF / NIF 19.053.246/0001-50 | Inscrição Municipal - | Telefone - |
| Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO MARIA EFIGENIA | E-mail - | | |
| Endereço TRINTA E DOIS, 63 | Município João Monlevade - MG | CEP 35930-399 | |



INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|------------------------|
| SERVIÇO PRESTADO | | | |
| Código de Tributação Nacional 17.01 - Assessoria, análise, a... ca... | Código de Tributação Municipal - | Local da Prestação João Monlevade - MG | País da Prestação - |
| Descrição do Serviço REALIZAÇÃO DE CADASTRAMENTO, ATENDIMENTO AO PÚBLICO E PRESTAÇÃO DE CONTAS | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL | | | |
| Tributação do ISSQN Operação Tributável | País Resultado da Prestação do Serviço - | Município de Incidência do ISSQN João Monlevade - MG | Regime Especial de Tributação Nenhum |
| Tipo de Imunidade - | Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não | Número Processo Suspensão - | Benefício Municipal - |
| Valor do Serviço R\$ 1.320,00 | Desconto Incondicionado - | Total Deduções/Reduções - | Cálculo do BM - |
| BC ISSQN - | Alíquota Aplicada - | Retenção do ISSQN Não Retido | ISSQN Apurado - |

| | | | |
|---------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| TRIBUTAÇÃO FEDERAL | | | |
| IRRF - | CP - | CSLL - | |
| PIS - | COFINS - | Retenção do PIS/COFINS - | TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL - |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| VALOR TOTAL DA NFS-E | | | |
| Valor do Serviço R\$ 1.320,00 | Desconto Condicionado R\$ | Desconto Incondicionado R\$ | ISSQN Retido - |
| IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00 | PIS/COFINS Retidos - | | Valor Líquido da NFS-e R\$ 1.320,00 |

| | | |
|--|----------------|-----------------|
| TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS | | |
| Federais - | Estaduais - | Municipais - |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Handwritten signature



Horas Trabalhadas

Empregador: Associação Maria Efigênia - AME de João Monlevade

Função: Auxiliar Administrativo

Data de Admissão

01/08/2023 CNPJ: 50.298.127/0001-07

Prestador de serviço:

Mendonça Cleber Carlos

LOCAL:

AME

| MÊS: | NOVEMBRO | | | | ASSINATURA | |
|------|----------|---------|----------------|---------|------------|------------|
| | DIA | ENTRADA | Hora de Almoço | | | SAÍDA |
| | | | Saída | Retorno | | |
| 1 | | 7:30 | 11:00 | 12:30 | 17:00 | <i>out</i> |
| 2 | | FERIADO | | | | |
| 3 | | RECESSO | | | | |
| 4 | | SABADO | | | | |
| 5 | | DOMINGO | | | | |
| 6 | | 8:00 | 11:15 | 12:30 | 16:30 | <i>out</i> |
| 7 | | 8:02 | 11:20 | 12:40 | 16:40 | <i>out</i> |
| 8 | | 8:15 | 11:45 | 12:30 | 16:50 | <i>out</i> |
| 9 | | 8:30 | 11:10 | 12:45 | 16:55 | <i>out</i> |
| 10 | | 8:05 | 11:17 | 13:00 | 17:00 | <i>out</i> |
| 11 | | Sabado | | | | |
| 12 | | domingo | | | | |
| 13 | | 8:15 | 11:30 | 13:00 | 17:10 | <i>out</i> |
| 14 | | 8:25 | 11:32 | 13:05 | 17:20 | <i>out</i> |
| 15 | | FERIADO | | | | |
| 16 | | 8:30 | 11:00 | 12:00 | 17:15 | <i>out</i> |
| 17 | | 2:55 | 11:20 | 12:20 | 17:30 | <i>out</i> |
| 18 | | Sabado | | | | |
| 19 | | domingo | | | | |
| 20 | | 2:55 | 11:03 | 12:30 | 17:00 | <i>out</i> |
| 21 | | 2:40 | 11:15 | 12:20 | 17:10 | <i>out</i> |
| 22 | | 2:59 | 11:20 | 12:15 | 17:05 | <i>out</i> |
| 23 | | 2:58 | 11:30 | 12:30 | 17:17 | <i>out</i> |
| 24 | | 8:10 | 11:33 | 12:25 | 17:20 | <i>out</i> |
| 25 | | Sabado | | | | |
| 26 | | domingo | | | | |
| 27 | | 2:59 | 11:12 | 12:17 | 17:15 | <i>out</i> |
| 28 | | 8:05 | 11:15 | 12:20 | 17:19 | <i>out</i> |
| 29 | | 8:12 | 11:20 | 12:30 | 17:23 | <i>out</i> |
| 30 | | 8:30 | 11:25 | 12:31 | 17:17 | <i>out</i> |
| 31 | | | | | | |

ASSINATURA DO PRESIDENTE ~~XXXXXXXXXX~~

Assunto



CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE
DE MINAS GERAIS



**CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITO NEGATIVO DE DÉBITOS**

O **CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS** certifica que o(a) profissional identificado(a) no presente documento encontra-se em dia com seus débitos perante o CRC.

IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO

NOME..... : DELCI SERGIO DO COUTO
REGISTRO..... : MG-023550/O-1
CATEGORIA..... : CONTADOR
CPF..... : ***.164.606-**

A presente CERTIDÃO não quita nem invalida quaisquer débitos ou infrações que posteriormente, venham a ser apurados pelo CRCMG contra o referido registro.

A falsificação deste documento constitui-se em crime previsto no Código Penal Brasileiro, sujeitando o autor à respectiva ação penal.

Emissão: MINAS GERAIS, 07/12/2023 as 10:49:46.

Válido até: 31/12/2023.

Código de Controle: 329110.

Para verificar a autenticidade deste documento consulte o site do CRCMG.

Delci Santos



SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>

**PENDÊNCIAS PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL02 - TF 06-2023**

1 mensagem

SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>

15 de dezembro de 2023 às 10:57

Para: AME <associacaomariaefigenia@gmail.com>, mendelsonclayton@hotmail.com, comtijoamonlevade@gmail.com, Secretaria de Assistente Social Marinete Moraes <social@pmjm.mg.gov.br>

Prezados, bom dia

Após a análise da prestação de contas da parcial 02 do Termo de Fomento nº 06/2023, seguem as pendências:

- Página 19 falta a data de nascimento do beneficiado Jurandir e sem a assinatura da beneficiada Maria Irene;
- Página 20 falta a assinatura do beneficiado José Vicente;
- Página 24 falta a data de nascimento da beneficiada Efigênia;
- Página 26 falta a assinatura da beneficiada Julita;
- Página 27 falta a data de nascimento da beneficiada Lourdes;
- Página 33 cadastro de beneficiada não idosa (55 anos);
- Página 36 cadastro de beneficiada não idosa (43 anos);
- Página 39 falta a assinatura da beneficiada Geralda;
- Página 52, corrigir o período de execução (04/10/23 a 07/12/23) e retirar o repasse e lançar o saldo anterior (R\$ 40.318,97)
- Página 63, orçamento inválido;
- Página 72 no dia 13/10/23 a prestação de serviços foi até às 13h30min.??
- Página 75 relação de horas com rasura.

Prazo para entrega da documentação: 19/12/23, até às 10 horas, impreterivelmente.

Atenciosamente,

Pauliana

Setor de Parcerias - MROSC**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE**Website: www.pmjm.mg.gov.br

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Bairro Alvorada

CEP: 35930-027, João Monlevade - MG

Telefone (031) 3859-2500 / Ramal 2554

**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

 REPA260_085244.pdf
4240K



SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>

**PENDÊNCIAS PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL02 - TF 06-2023**

SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>

15 de dezembro de 2023 às 13:31

Para: AME <associacaomariaefigenia@gmail.com>, mendelsonclayton@hotmail.com, comtijoamonlevade@gmail.com,
Secretaria de Assistente Social Marinete Moraes <social@pmjm.mg.gov.br>

Boa tarde

Enviar o Anexo IV Declaração de Guarda dos Documentos Originais apresentados na prestação de contas;

Enviar o Anexo V Declaração do Contador Responsável pela Organização da Sociedade Civil.

Atenciosamente,

Pauliana

Setor de Parcerias - MROSC
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE
Website: www.pmjm.mg.gov.br
Rua Geraldo Miranda, nº 337, Bairro Alvorada
CEP: 35930-027, João Monlevade - MG
Telefone (031) 3859-2500 / Ramal 2554

**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Nº de Registro: 352

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Guandir Azevedo Costa</u> | |
| Data de nascimento: <u>30/15/43</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: | |
| Telefone contato: <u>997 842765</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Eládio Manoel 37</u> | Bairro: <u>Alameda</u> |
| Cidade: <u>Jirap</u> | CEP: <u>35930 052</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>CPF- 571 075 056-53</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>23, 08, 2023</u> | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Campo para digital do responsável</p> |
| <u>Agnaldo Riciere Lage</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |

Agnaldo Riciere Lage
CPF 571 075 056 53

Nº de Registro: 213

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|--|
| Nome do beneficiado: <u>Maria Irene Gonzaga</u> | |
| Data de nascimento: <u>11-05-1948</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>045 15 41 36-78</u> | |
| Telefone contato: <u>9886776594</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Assacita 67</u> | Bairro: <u>Jose Elói</u> |
| Cidade: <u>João Monleuade</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>072 549 576-64</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>17, 03, 2023</u> | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> |
| <u>Regilto de Jesus</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |



Nº de Registro: 222

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

Nome do beneficiado: Jose Vicente da Silva

Data de nascimento: 22.02.65 Faixa etária: Idoso Adulto

Gênero: Feminino Masculino Criança Adolescente

Outro:

CPF do beneficiado: 571 077 856 72

Telefone contato: 98586401 E-mail:

Rua/Av: Rua Professora Luiza Melo Bairro: Centro Industrial

Cidade: João Monlevade CEP:

Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:

DATA DE CADASTRO: 24 / 03 / 2023

[Assinatura]
Assinatura do beneficiado ou responsável

[Campo para digital do responsável]
Campo para digital do responsável

Nº de Registro: 33

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



Nome do beneficiado: Efigenia Justa Alves

Data de nascimento: 06/10/46 Faixa etária: Idoso Adulto

Gênero: Feminino Masculino Criança Adolescente

Outro:

CPF do beneficiado: 29691052-87

Telefone contato: E-mail:

Rua/Av: Caraca 481 Bairro: Boa morada

Cidade: João Monlevade MG CEP:

Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome:

08207361638

DATA DE CADASTRO: 23 / 12 / 22

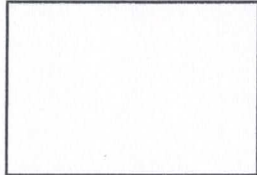
[Assinatura]
Assinatura do beneficiado ou responsável

[Campo para digital do responsável]

Nº de Registro: 252

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

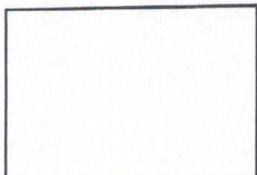


| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Jairdes Maria Vasconcelos de Almeida Menezes</u> | |
| Data de nascimento: <u>31/01/52</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>230014456-53</u> | |
| Telefone contato: <u>31 989640698</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Tumbado Nº 143 apt 102</u> | Bairro: <u>Stº Senhora da Conceição</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade - Carmeminas</u> | CEP: <u>35930 039</u> |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>Jairdes Maria Vasconcelos</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>28 / 4 / 2023</u> | |
| <u>Jairdes M. Vasconcelos Almeida Menezes</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  |
| | Campo para digital do responsável |

Nº de Registro: 428

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME



| | |
|--|---|
| Nome do beneficiado: <u>Julita Jordigão Vieira</u> | |
| Data de nascimento: <u>26-05-32</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: | |
| Telefone contato: <u>999443654</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua Franca 413</u> | Bairro: <u>Cruzeiro Celeste</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade - M</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: <u>138.206.996.00</u> | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20/10/23</u> | |
| <u>Julita Jordigão Vieira</u> Assinatura do beneficiado ou responsável |  |
| | Campo para digital do responsável |

138 206 996 00



Nº de Registro: 444

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO AME

| | |
|---|---|
| Nome do beneficiado: <u>Geralda Andre Salome</u> | |
| Data de nascimento: <u>11-11-52</u> | Faixa etária: <input checked="" type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Adulto |
| Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente |
| CPF do beneficiado: <u>250-230-716-34</u> | |
| Telefone contato: <u>91189838</u> | E-mail: |
| Rua/Av: <u>Rua 38 no 78-79</u> | Bairro: <u>Loanda</u> |
| Cidade: <u>João Monlevade MG</u> | CEP: |
| Nome e CPF de autorizados a receber a multimistura em seu nome: | |
| DATA DE CADASTRO: <u>20/11/23</u> | |
| <u>[Assinatura]</u> Assinatura do beneficiado ou responsável | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Campo para digital do responsável | |

Ac Santos



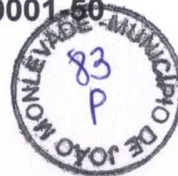
ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME

CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, Nº63, Areia Preta/João Monlevade-MG

Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462

E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA

TERMO DE FOMENTO Nº 06/2023

PERÍODO: 04/10/2023 a 07/12/2023

| RECEITA | | | DESPESA | | |
|------------|-------------------------|----------------------|------------|--|----------------------|
| DATA | HISTÓRICO | VALOR | DATA | HISTÓRICO | VALOR |
| 04/10/2023 | SALDO ANTERIOR | R\$ 40.318,97 | 01/12/2023 | - Aquisição de materiais de consumo (ingredientes para a farinha nutricional). - Aquisição de Embalagens. | R\$4.278,02 |
| | | | 01/12/2023 | -Contratação de profissional, auxiliar administrativo com carga horária de 40 horas semanais. | R\$2.640,00 |
| 04/10/2023 | TOTAL DA RECEITA | R\$ 40.318,97 | 07/12/2023 | TOTAL DA DESPESA | R\$ 6.918,02 |
| | | | 07/12/2023 | SALDO P/ PRÓXIMO MÊS | R\$ 33.400,95 |

DELCI SERGIO DO
COUTO:11916460
682

Assinado de forma digital por
DELCI SERGIO DO
COUTO:11916460682
Dados: 2023.12.07 09:39:39
-03'00'

Contador da OSC

Ana Elizabeth de Santos

Presidente da OSC

Responsável pela Prestação de Contas
Mendelson Clayton Paulino
CPF: 032.428.346-66

Associação Maria Efigênia.
Uma organização do bem.

Ana Elizabeth de Santos



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME

CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50



Com meus cordiais cumprimentos, a Associação Maria Efigênia (AME) solicita o orçamento previsto em termo de fomento 06/2023.

Fornecedor: PLAST LAMAS LTDA

CNPJ: 04.333.315/0001-01

Telefone:

E-mail:

| DETALHAMENTO DAS DESPESAS | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------|
| ITENS DE DESPESA | | |
| QUANT | CUSTEIO | VALOR TOTAL |
| 05 kg | EMBALAGEM PLASTICA 20 X 30 CM | 125,00 |
| | | |

João Monlevade, 27, de novembro de 2023.

04 333 315 / 0001 - 01
PLAST LAMAS LTDA.
AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 3356
CARNEIRINHOS - CEP 35930-003
JOÃO MONLEVADA - MG

Julian Lamas

Assinatura e carimbo da Empresa

Rua Trinta e dois, n.º 63, bairro Areia Preta / João Monlevade – MG
Contato: (31) 3850-5362 – (31) 99662942
e-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com

Alcides Santos



Horas Trabalhadas

Empregador: Associação Maria Efigênia - AME de João Monlevade
Função: Auxiliar Administrativo

01/08/2023 CNPJ: 50.298.127/0001-07

Prestador de serviço:

Mondelhan *chefe de cozinha* LOCAL: AME

| MÊS: | OUTUBRO | | | | ASSINATURA |
|-------|---------------|--------------|----------------|--------------|------------|
| | DIA | ENTRADA | Hora de Almoço | | |
| Saída | | | Retorno | | |
| 1 | <i>10:00</i> | | | | <i>ame</i> |
| 2 | <i>7:50</i> | <i>12:01</i> | <i>13:05</i> | <i>17:01</i> | <i>ame</i> |
| 3 | <i>7:49</i> | <i>12:02</i> | <i>13:11</i> | <i>17:03</i> | <i>ame</i> |
| 4 | <i>7:53</i> | <i>12:03</i> | <i>13:19</i> | <i>17:00</i> | <i>ame</i> |
| 5 | <i>7:59</i> | <i>12:55</i> | <i>13:05</i> | <i>17:17</i> | <i>ame</i> |
| 6 | <i>8:02</i> | <i>11:50</i> | <i>13:00</i> | <i>17:15</i> | <i>ame</i> |
| 7 | <i>Adulto</i> | | | | |
| 8 | <i>10:00</i> | | | | <i>ame</i> |
| 9 | <i>8:01</i> | <i>12:00</i> | <i>13:03</i> | <i>17:10</i> | <i>ame</i> |
| 10 | <i>8:10</i> | <i>12:10</i> | <i>13:15</i> | <i>17:20</i> | <i>ame</i> |
| 11 | <i>8:15</i> | <i>12:15</i> | <i>13:30</i> | <i>17:20</i> | <i>ame</i> |
| 12 | <i>FÉRIAS</i> | | | | <i>ame</i> |
| 13 | <i>7:00</i> | <i>11:30</i> | <i>17:30</i> | <i>17:50</i> | <i>ame</i> |
| 14 | <i>Adulto</i> | | | | |
| 15 | <i>10:00</i> | | | | <i>ame</i> |
| 16 | <i>7:00</i> | <i>11:15</i> | <i>12:40</i> | <i>17:10</i> | <i>ame</i> |
| 17 | <i>7:20</i> | <i>11:15</i> | <i>12:30</i> | <i>17:30</i> | <i>ame</i> |
| 18 | <i>7:30</i> | <i>11:45</i> | <i>12:35</i> | <i>17:15</i> | <i>ame</i> |
| 19 | <i>8:20</i> | <i>11:10</i> | <i>12:10</i> | <i>17:30</i> | <i>ame</i> |
| 20 | <i>7:49</i> | <i>11:05</i> | <i>13:00</i> | <i>17:20</i> | <i>ame</i> |
| 21 | <i>Adulto</i> | | | | |
| 22 | <i>10:00</i> | | | | <i>ame</i> |
| 23 | <i>7:55</i> | <i>11:30</i> | <i>12:40</i> | <i>17:10</i> | <i>ame</i> |
| 24 | <i>7:25</i> | <i>11:15</i> | <i>12:00</i> | <i>17:00</i> | <i>ame</i> |
| 25 | <i>8:05</i> | <i>11:35</i> | <i>13:05</i> | <i>17:10</i> | <i>ame</i> |
| 26 | <i>8:10</i> | <i>11:25</i> | <i>17:10</i> | <i>17:30</i> | <i>ame</i> |
| 27 | <i>8:30</i> | <i>11:35</i> | <i>12:30</i> | <i>17:00</i> | <i>ame</i> |
| 28 | <i>Adulto</i> | | | | |
| 29 | <i>10:00</i> | | | | <i>ame</i> |
| 30 | <i>7:30</i> | <i>11:00</i> | <i>12:10</i> | <i>16:55</i> | <i>ame</i> |
| 31 | <i>7:45</i> | <i>11:20</i> | <i>12:30</i> | <i>16:00</i> | <i>ame</i> |

ASSINATURA DO PRESIDENTE DA AME:

Ad Santos



Horas Trabalhadas

Empregador: Associação Maria Efigênia - AME de João Monlevade
Função: Auxiliar Administrativo

01/08/2023 CNPJ: 50.298.127/0001-07

Data de Admissão: _____
Prestador de serviço: Marcilene Cláudia Santos LOCAL: AME

| MÊS: | NOVEMBRO | | | | ASSINATURA |
|-------|----------|---------|----------------|-------|------------|
| | DIA | ENTRADA | Hora de Almoço | | |
| Saída | | | Retorno | | |
| 1 | 7:30 | 11:00 | 12:30 | 17:00 | <i>ant</i> |
| 2 | FERIADO | | | | |
| 3 | RECESSO | | | | |
| 4 | SABADO | | | | |
| 5 | DOMINGO | | | | |
| 6 | 8:00 | 11:15 | 12:30 | 16:30 | <i>ant</i> |
| 7 | 8:00 | 11:30 | 12:40 | 16:40 | <i>ant</i> |
| 8 | 8:15 | 11:45 | 12:30 | 16:50 | <i>ant</i> |
| 9 | 8:30 | 11:10 | 12:45 | 16:55 | <i>ant</i> |
| 10 | 8:05 | 11:17 | 12:00 | 17:01 | <i>ant</i> |
| 11 | FERIADO | | | | |
| 12 | DOMINGO | | | | |
| 13 | 8:15 | 11:30 | 12:00 | 17:10 | <i>ant</i> |
| 14 | 8:25 | 11:30 | 12:05 | 17:20 | <i>ant</i> |
| 15 | FERIADO | | | | |
| 16 | 8:30 | 11:00 | 12:00 | 17:15 | <i>ant</i> |
| 17 | 7:55 | 11:20 | 12:20 | 17:30 | <i>ant</i> |
| 18 | FERIADO | | | | |
| 19 | DOMINGO | | | | |
| 20 | 7:55 | 11:07 | 12:30 | 17:00 | <i>ant</i> |
| 21 | 7:40 | 11:15 | 12:20 | 17:10 | <i>ant</i> |
| 22 | 7:18 | 11:20 | 12:15 | 17:05 | <i>ant</i> |
| 23 | 7:59 | 11:30 | 12:30 | 17:17 | <i>ant</i> |
| 24 | 8:00 | 11:13 | 12:25 | 17:20 | <i>ant</i> |
| 25 | FERIADO | | | | |
| 26 | DOMINGO | | | | |
| 27 | 7:59 | 11:12 | 12:17 | 17:15 | <i>ant</i> |
| 28 | 8:05 | 11:15 | 12:20 | 17:19 | <i>ant</i> |
| 29 | 8:12 | 11:20 | 12:30 | 17:27 | <i>ant</i> |
| 30 | 8:30 | 11:25 | 12:31 | 17:25 | <i>ant</i> |
| 31 | | | | | |

ASSINATURA DO PRESIDENTE DA AME:

Antônio Santos



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME
CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG
Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462
E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



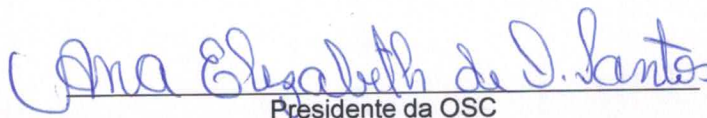
ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE GUARDA DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS APRESENTADOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Elizabeth de Oliveira Santos, Presidente da Associação Maria Efigênia (AME), inscrita no CPF sob o nº 311.794.606-34, DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei, que a Organização da Sociedade Civil Associação Maria Efigênia manterá em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas da parceria referente ao Termo de Fomento N.º 06/2023.

João Monlevade, 07 de dezembro de 2023.


Presidente da OSC



ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA – AME

CNPJ: N.º 19.053.246/0001-50

Rua Trinta e Dois, N.º63, Areia Preta/João Monlevade-MG

Contato: (31)3850-6352 - (31) 98862-9462

E-mail: associacaomariaefigenia@gmail.com



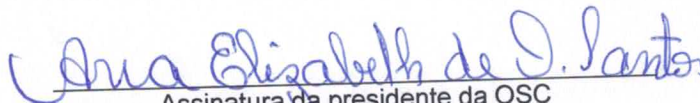
ANEXO V

DECLARAÇÃO DO CONTADOR RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Elizabeth de Oliveira Santos, Presidente da Associação Maria Efigênia (AME), inscrita no CPF sob o nº 311.794.606-34, DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei, que **Delci Sérgio do Couto**, inscrito no CPF sob o nº 119.164.606-82, CRC nº 023,550-01, é o contador responsável pela referida Organização da Sociedade Civil e que seu registro está regular junto ao Conselho Regional de Contabilidade, conforme cópia anexa.

João Monlevade, 07 de dezembro de 2023.


Assinatura da presidente da OSC

DELCI SERGIO DO Assinado de forma digital
COUTO:1191646 por DELCI SERGIO DO
0682 COUTO:11916460682
Dados: 2023.12.13 13:11:41
-03'00'

Assinatura do contador e carimbo ou identificação



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



**PORTARIA Nº 281 /2023
DE 10 DE JULHO DE 2023**

RETIFICA A NOMEAÇÃO DOS MEMBROS QUE COMPÕEM A COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA MONITORAR E AVALIAR PARCERIAS CELEBRADAS ENTRE O MUNICÍPIO E AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

O **PREFEITO MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE**, no desempenho de suas atribuições legais, conferidas pelo art. 52, inciso VI, da Lei Orgânica Municipal;

RESOLVE:

Art. 1º Retificar a nomeação dos membros que compõem a Comissão de Monitoramento e Avaliação das parcerias celebradas entre o Município de João Monlevade e as Organizações da Sociedade Civil, conforme previsto na Lei Federal 13.019, de julho de 2014 e no Decreto Municipal 112, de 06 de Dezembro de 2018, passando a constar os seguintes membros:

- **PAULIANA CARLA NAZARÉ DOS SANTOS SILVA**
- **THAMIRES DELAMAR MARTINS**
- **VAENDER PESSOA DE CASTRO**
- **JOSÉ SILVÉRIO DOS SANTOS**
- **PRISCILA DAS GRAÇAS DA SILVA**

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação

João Monlevade, em 10 de Julho de 2023


Laércio José Ribeiro
Prefeito Municipal

Registrada e publicada nesta Assessoria de Governo, ao décimo dia do mês de Julho de 2023.


Gentil Lucas Moreira Bicalho
Assessor de Governo



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - MROSC

| DADOS E INFORMAÇÕES DA PARCERIA |
|--|
| ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA - AME |
| Responsável pelo acompanhamento da parceria: Rita de Cássia Andrade Ottoni |
| Telefone: (31) 3859-2553 - 3859-2554 |
| E-mail : setordeparceriaspmjm@gmail.com |
| Termo de Fomento: Nº 06/2023 |
| Vigência da parceria: 24/07/2023 a 23/07/2024 |
| Valor Global: R\$ 47.409,00 (quarenta e sete mil, quatrocentos e nove reais) - Repasse: 08/08/2023 |
| Prestação de contas - Parcial 02 - R\$ 6.918,02 (seis mil, novecentos e dezoito reais e dois centavos) - apresentada em 11/12/2023 |

| MONITORAMENTO | |
|--|---|
| OBJETO DA PARCERIA | O presente Termo de Fomento tem por objeto a execução do projeto " AME MELHOR IDADE ", em regime de mútua cooperação, para consecução de finalidades de interesse público e recíproco, conforme detalhado no plano de trabalho, único anexo que integra o presente instrumento. |
| PERÍODO DAS ATIVIDADES DE MONITORAMENTO DESCRITAS NESTE RELATÓRIO | Outubro e Novembro/ 2023 |
| ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DA PARCERIA | O objetivo proposto está sendo cumprido pela OSC, conforme estabelecido no plano de trabalho. |
| RESULTADOS | [x] parciais [] finais |
| ACOMPANHAMENTO DAS METAS DA PARCERIA E EFEITO SANEADOR DO MONITORAMENTO | A OSC recebeu orientações para execução total do objeto, esclarecimentos sobre documentação para composição do processo de prestação de contas e também orientações para cumprimento do Art. 11, Art. 53 e Art. 57 da Lei 13.019/2014. |
| TRANSPARÊNCIA E CONTROLE | O Termo de Parceria , o Plano de Trabalho e o Processo de Prestação de Contas estão publicados no site da Prefeitura de João Monlevade nos seguintes endereços: <ul style="list-style-type: none">• https://pmjm.mg.gov.br/pagina/15_Termos-de-Parcerias.html• https://pmjm.mg.gov.br/publicacoes• https://pmjm.mg.gov.br/pagina/14_Prestacao-de-Contas.html |

| AVALIAÇÃO | |
|-----------------------------|--|
| ANÁLISE QUANTITATIVA | O número de pessoas atendidas pela OSC no período de outubro e novembro foi de 114 pessoas com distribuição de 290 pacotes de farinha nutricional. |

Diretor



JOÃO MONLEVADE

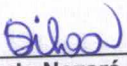
PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



| | |
|---|---|
| ANÁLISE QUALITATIVA | Em atendimento ao item 7, do Plano de trabalho, a OSC preparou e distribuiu gratuitamente a multimistura para pessoas idosas em vulnerabilidade social visando a melhoria na qualidade de vida e do quadro nutricional destas pessoas. |
| IMPACTO DA PARCERIA | [X] Social |
| CONTROLE SOCIAL | A Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), o Conselho Municipal da Terceira Idade de João Monlevade (CMTI) e suas respectivas Comissões, são os órgãos responsáveis pelo monitoramento das ações e pelo controle do impacto social da parceria. |
| FATOS OBSERVADOS EM VISITAS TÉCNICAS E/OU REUNIÕES PERIÓDICAS | Orientamos a OSC que os cadastros dos idosos beneficiados com a multimistura devem vir preenchidos corretamente, com os dados completos e assinatura. |
| CONCLUSÕES | Conclui-se que a AME executou as ações descritas no plano de trabalho no período em análise. |

João Monlevade, 19 de dezembro de 2023.


Pauliana Carla Nazaré dos Santos Silva
Setor de Parcerias - MROSC

João Monlevade, 19 de dezembro de 2023.

HOMOLOGAÇÃO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO: [X] SIM [] NÃO


OBSERVAÇÕES:

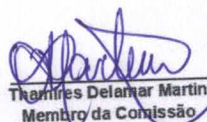
- A OSC apresentou 02 cadastros de beneficiados com idade inferior a 60 anos.
- No mês de outubro foi registrado o atendimento de 48 idosos e em novembro 66, ficando abaixo da quantidade prevista.

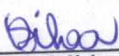
Em atendimento ao disposto no Art. 59 da Lei Federal nº 13.019 de 31/07/2014:


(...)

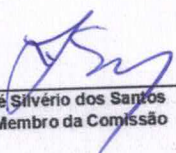
§ 2º No caso de parcerias financiadas com recursos de fundos específicos, o monitoramento e a avaliação serão realizados pelos respectivos conselhos gestores, respeitadas as exigências desta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)


Vaender Ressoa de Castro
Membro da Comissão


Thamires Delamar Martins
Membro da Comissão


Pauliana Carla N. dos Santos Silva
Membro da Comissão


Priscila das Graças da Silva
Membro da Comissão


José Silvério dos Santos
Membro da Comissão

COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - MROSC - Portaria nº 281 de 10 de julho de 2023.



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

**PORTARIA Nº 286/2021
DE 08 DE FEVEREIRO DE 2021**

**NOMEIA GESTORA DAS PARCERIAS E
COOPERAÇÕES CELEBRADAS PELO
MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE - MG**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE**, no desempenho de suas atribuições legais, conferidas pelo art. 52, inciso VI, da Lei Orgânica Municipal;

RESOLVE:

Art. 1º Nomear a servidora abaixo relacionada para exercer a função de gestora das parcerias e cooperações a serem celebradas entre o Município de João Monlevade e as Organizações da Sociedade Civil, conforme previsto na legislação vigente.

♦ **Rita de Cássia Andrade Ottoni**

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

João Monlevade, em 08 de Fevereiro de 2021.


Laércio José Ribeiro
Prefeito Municipal

Registrada e publicada nesta Assessoria de Governo, ao oitavo dia do mês de Fevereiro de 2021.


Gentil Lucas Moreira Bicalho
Assessor de Governo



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



PARECER TÉCNICO DO GESTOR DE PARCERIAS - MROSC

Trata-se o presente documento de **PARECER TÉCNICO** referente à prestação de contas da **Parcial 02 do Termo de Fomento nº 06/2023**, formalizado entre o município de João Monlevade e a **ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA**, na data de 24/07/2023, consoante ao processo de Chamamento Público nº 01/2023, sob a responsabilidade do Conselho Municipal da Pessoa Idosa - CMDPI, por intermédio da Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS, com recurso financeiro do FMDPI – Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de João Monlevade/MG.

A análise e aprovação dos projetos/planos de trabalho são de responsabilidade do Conselho Municipal da Pessoa Idosa - CMDPI, conforme deliberação da Plenária em Reunião Ordinária, realizada em 01/02/23, ata nº 94, cabendo ao Gestor de Parcerias acompanhar e fiscalizar a execução da parceria, sem interferência no mérito da definição das ações a serem desenvolvidas pela OSC, previamente aprovadas pelo CMDPI, constantes no processo administrativo de formalização de parceria. A execução, o monitoramento e a avaliação da parceria foram acompanhados e fiscalizados pelo CMDPI, sem prejuízo da fiscalização pela administração pública e pelos órgãos de controle, em conformidade com o artigo 59, inciso VI, § 2º, artigo 60 da Lei 13.019/2014.

Considerando o conteúdo do Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação, emitido pela servidora Pauliana Carla Nazaré dos Santos Silva, Matrícula 10.297, e homologado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, previamente designada pela Portaria Municipal nº 281/2023, de 10/07/2023, concluo, que esta parceria garantiu a efetiva aplicação da Lei nº 13.019/2014 através do cumprimento das metas e execução financeira condizentes com a apresentação dos documentos fiscais, comprovando o cumprimento do objeto da parceria.

Cabe salientar que a Lei 13.019/2014, dispõe:

“Art. 59...



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



§ 2º No caso de parcerias financiadas com recursos de fundos específicos, o monitoramento e a avaliação serão realizados pelos respectivos conselhos gestores, respeitadas as exigências desta Lei.

(...)

Art. 64. A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas. ”

Observa-se que a OSC teve dificuldades para apresentação de cadastro de pessoas idosas beneficiadas com a multimistura através do projeto com recursos oriundos do FMDPI, sendo orientada para complementar o cadastro no próximo processo de prestação de contas.

Sendo assim, atesto como **REGULAR** a prestação de contas da **PARCIAL 02** da **ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA**, diante da documentação apresentada pela OSC, tendo respeitadas as exigências da Lei 13.019/2014.

João Monlevade, 19 de dezembro de 2023.

Rita de Cássia Andrade Ottoni

Gestora de Parcerias - Portaria nº 286/2021 de 08 de fevereiro de 2021.



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



**PORTARIA Nº 421 /2023
DE 20 DE OUTUBRO DE 2023**

DISPÕE SOBRE A DESIGNAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA MANIFESTAÇÃO CONCLUSIVA DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS PARCERIAS CELEBRADAS ENTRE O MUNICÍPIO E AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

O **PREFEITO MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE**, no desempenho de suas atribuições legais, conferidas pelo art. 52, inciso VI, da Lei Orgânica Municipal;

RESOLVE:

Art. 1º Delegar ao Gestor da Unidade Administrativa responsável pela parceria celebrada entre o Município e as Organizações da Sociedade Civil a manifestação conclusiva sobre a prestação de contas, nos termos do Art. 70, do Decreto Municipal Nº 112/2018.

Parágrafo único - A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas fica condicionada a:

I - Apresentação do Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação;

II - Homologação do Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do MROSC;

III - Emissão do Parecer Técnico de análise de prestação de contas pelo Gestor de Parcerias do MROSC.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

João Monlevade, em 20 de Outubro de 2023

Laércio José Ribeiro
Prefeito Municipal

Registrada e publicada nesta Assessoria de Governo, ao vigésimo dia do mês de Outubro de 2023.

Gentil Lucas Moreira Bicalho
Assessor de Governo

Rua Geraldo Miranda, 337 – Nossa Senhora da Conceição – João Monlevade/ MG – CEP: 35930-027
Fone: (31) 3859-2500 – www.pmjm.mg.gov.br



DESPACHO

Encaminhamos os autos da prestação de contas composta de 96 folhas, incluindo esta, referente à **Parcial 02 do TERMO DE FOMENTO Nº 06/2023 – ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA - AME**, cujo objeto é “A execução do projeto “AME MELHOR IDADE”, em regime de mútua cooperação, para consecução de finalidades de interesse público e recíproco, conforme detalhado no plano de trabalho, único anexo que integra o presente instrumento”, para análise e manifestação conclusiva da Secretaria Municipal de Assistência Social, conforme Art.1º, da Portaria nº 421/2023, de 20 de outubro de 2023.

João Monlevade, 19 de dezembro de 2023.

Pauliana

Pauliana Carla N. S. Silva
Mat: 10297 - Setor de Parcerias
Município de João Monlevade



JOÃO MONLEVADE

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

**MANIFESTAÇÃO CONCLUSIVA SOBRE PRESTAÇÃO DE CONTAS
ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA - AME**

Trata-se o presente documento de manifestação conclusiva sobre a **Prestação de Contas da Parcial 02 referente ao Termo de Fomento Nº 06/2023**, formalizado entre o município de João Monlevade e a ASSOCIAÇÃO MARIA EFIGÊNIA, sob a responsabilidade do Conselho Municipal da Pessoa Idosa - CMDPI, por intermédio da Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS, com recurso financeiro do FMDPI – Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de João Monlevade/MG.

Após análise da documentação apresentada, da manifestação da Comissão de Monitoramento e Avaliação, do Parecer Técnico de análise de Prestação de Contas emitido pela Gestora de Parcerias, e ainda, nos termos do art. 59, §2º e art. 66, § único a Art. 69, § 5º, da Lei Federal nº 13.019/14 e em conformidade com o art. 70 do Decreto Municipal nº 112/2018, **MANIFESTO pela APROVAÇÃO da Prestação de Contas da Parcial 02** a que se refere o Termo de Fomento nº 06/2023, haja vista que o objetivo e as metas foram alcançados e que a parceria gerou benefício e impacto social esperado, no período em análise.

João Monlevade, 20 de dezembro de 2023.

Marinete S. Moraes
Marinete da Silva Moraes

Secretária Municipal de Assistência Social