



ANEXO I

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Ofício nº 01/2022.

João Monlevade, 06 de NOVEMBRO 2022.

Ilm<sup>a</sup>. Sr<sup>a</sup>

Rita de Cássia Andrade Ottoni

Gestora de Parcerias - Prefeitura Municipal de João Monlevade

**Assunto:** Prestação de Contas - Termo de fomento nº17 /2022 – Parcela 01

Prezada Sr<sup>a</sup>,

Encaminhamos a V. S<sup>a</sup>. a documentação referente à prestação de contas no período de execução entre a 16/09/2022 a 30/10/2022, composta dos seguintes anexos:

- Relatório de Execução do Objeto – REO – Anexo II;
- Relatório de Execução Financeira - REF – Anexo III;
- Declaração da Guarda de Documentos – Anexo IV;
- Declaração da realização da contabilização dos recursos – Anexo V.

Atenciosamente,

  
EDSON APARECIDO DA SILVA

Recebido em: 16 / 11 / 22

Responsável: Pauliana

9h20

**ANEXO II****RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

<b>OSC PARCEIRA</b>	<b>ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - AMAS</b>
<b>CNPJ</b>	<b>07.119.710/0001-84</b>
<b>OBJETO DA PARCERIA</b>	Possibilitar a realização das ações previstas no Projeto "Um olhar para o futuro", utilizando recursos do Fundo Municipal para Infância e a Adolescência (FMIA/JM)..
<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>	<b>Setembro 2022 a outubro 2022</b>
<b>TIPO DE PARCERIA</b>	( ) COLABORAÇÃO (X) FOMENTO ( ) COOPERAÇÃO
<b>VALOR TOTAL REPASSE</b>	R\$ 53.750,00
<b>PRESTAÇÃO DE CONTAS</b>	<b>PARCELA: UNICA VALOR: R\$ 53.750,00 DATA DO REPASSE: 16/09/2022</b> <b>PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL</b>

**1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO DA PARCERIA:****Objetivo Geral**

Possibilitar a realização das ações previstas no Projeto "Um olhar para o futuro", utilizando recursos do Fundo Municipal para Infância e a Adolescência (FMIA/JM).

**Objetivos específicos**

- ✚ Adequar o espaço físico para realização de aulas de reforço, atividades artísticas e educativas, dentre outras; seguindo normas de segurança e acessibilidade;
- ✚ Realizar melhorias na estrutura da sede para atender as crianças e adolescentes nas atividades de reforço escolar e local de alimentação.
- ✚ Proporcionar atividades físicas orientadas por um profissional (aulas de ballet e de taekwondo);
- ✚ Coordenar as atividades desenvolvidas pela AMAS;



## 2 - PÚBLICO-ALVO E ALCANCE DAS METAS

META/OBJETIVO	QTDE PREVISTA	Nº DE PESSOAS ATENDIDAS	CUMPRIMENTO DAS AÇÕES PROGRAMADAS	JUSTIFICATIVA
Adequar e adaptar o espaço físico da sede da OSC	Toda comunidade da OSC será beneficiada com as reformas.	Toda comunidade da OSC será beneficiada com as reformas.	SIM	



## 3 - AÇÕES PROGRAMADAS E EXECUTADAS

META/OBJETIVO	MEIOS DE REALIZAÇÃO	DATAS PREVISTAS	DATAS CUMPRIDAS
<p>✚ Realizar melhorias na estrutura da sede para atender as crianças e adolescentes nas atividades de reforço escolar e local de alimentação</p>	<p>✚ Aquisição de materiais de construção diversos.</p>	<p>Setembro a Outubro/ 2022</p>	<p>Outubro/2022</p>

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

**AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO – OUTUBRO 2022**

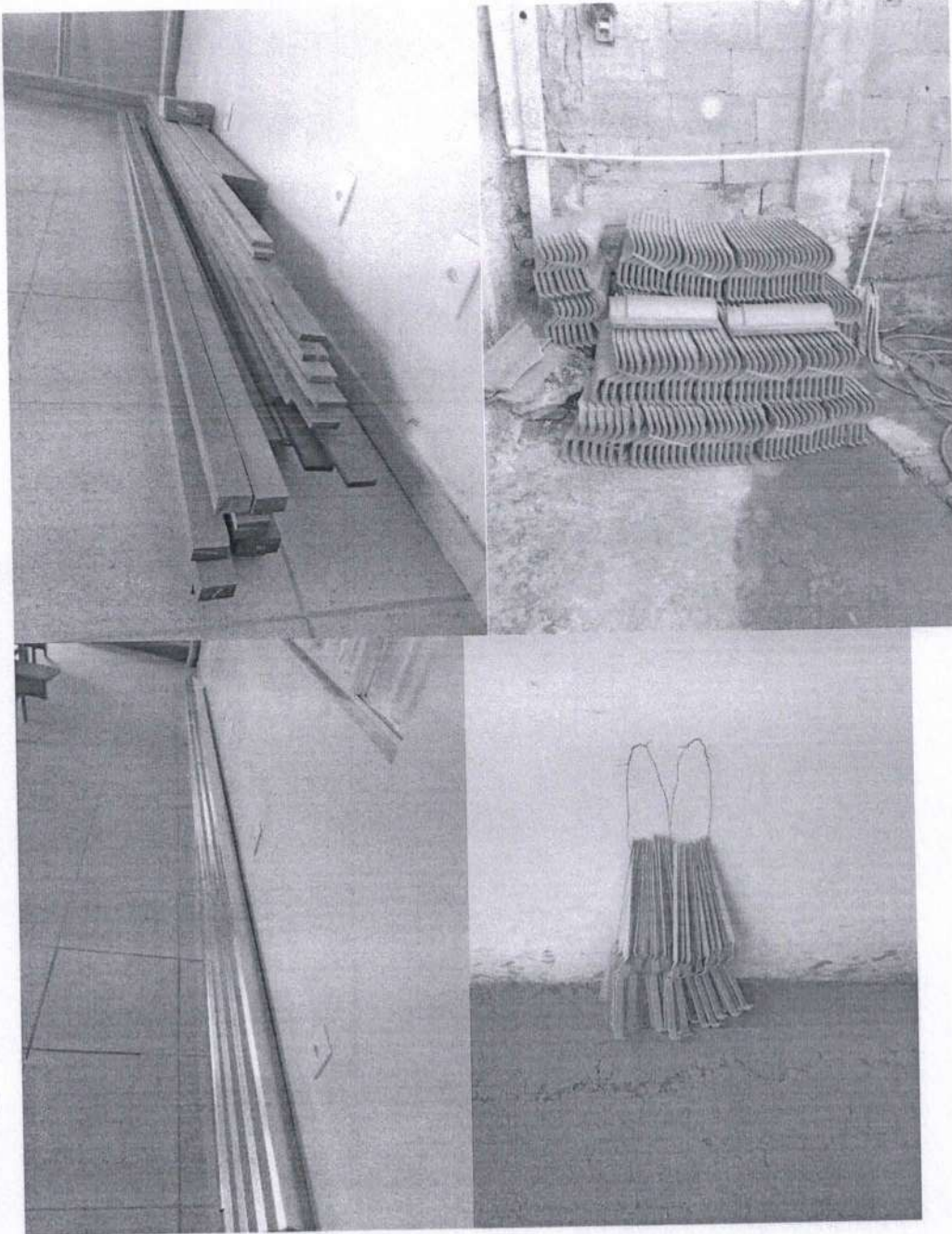


*[Handwritten signature]*

AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO – OUTUBRO 2022



*[Handwritten signature]*



João Monlevade, 09 de novembro de 2022.

Andréa Pontes de Souza

Andréa Pontes de Souza - Tesoureira

CPF: 658.220.486-68

Edson Aparecido da Silva

EDSON APARECIDO DA SILVA - Presidente da OSC



**ANEXO III**  
**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA- REF**

<b>OSC PARCEIRA</b>	<b>ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
<b>CNPJ</b>	<b>07.119.710/0001-84</b>
<b>OBJETO DA PARCERIA</b>	Possibilitar a realização das ações previstas no Projeto "Um olhar para o futuro", utilizando recursos do Fundo Municipal para Infância e a Adolescência (FMIA/JM)..
<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>	<b>16/09/2022 A 31/10/2022</b>
<b>TIPO DE PARCERIA</b>	( ) COLABORAÇÃO ( X ) FOMENTO ( ) COOPERAÇÃO
<b>VALOR TOTAL REPASSE</b>	R\$ 53.750,00
<b>PRESTAÇÃO DE CONTAS</b>	1ª Prestação Parcial de Contas VALOR: R\$ 53.750,00 DATA DO REPASSE: 16/09/2022





## Consultas - Extrato de conta corrente

G334071557074757019  
07/11/2022 16:17:55

## Cliente - Conta atual

Agência 2220-9  
 Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE  
 Período do extrato 09 / 2022

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
06/09/2022		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
16/09/2022		0000	14175	976 TED-Crédito em Conta	240.507.051	53.750,00 C	53.750,00 C
				104 0607 22551432000123 FUNDO MUNICIPA			
30/09/2022		0000	00000	999 S A L D O			53.750,00 C

-----  
 Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.



## Consultas - Extrato de conta corrente

G334071557074757020  
07/11/2022 16:18:23

## Cliente - Conta atual

Agência 2220-9  
 Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE  
 Período do extrato 10 / 2022

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
16/09/2022		0000	00000	000 Saldo Anterior			53.750,00 C
18/10/2022		0000	13049	345 BB CP Automatico S P	1.200.070	53.750,00 D	0,00 C
19/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.901	3.000,00 D	
				104 0607 025949447000132 MADEIREIRA DU			
19/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	812.921.100.192.586	11,00 D	
				Cobrança referente 19/10/2022			
19/10/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	3.011,00 C	0,00 C
20/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.001	3.000,00 D	
				104 0607 025949447000132 MADEIREIRA DU			
20/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	862.931.200.265.479	11,00 D	
				Cobrança referente 20/10/2022			
20/10/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	3.011,00 C	0,00 C
25/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.501	3.000,00 D	
				104 0607 025949447000132 MADEIREIRA DU			
25/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	832.981.200.278.602	11,00 D	
				Cobrança referente 25/10/2022			
25/10/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	3.011,00 C	0,00 C
26/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.601	86,00 D	
				104 0607 025949447000132 MADEIREIRA DU			
26/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.602	86,52 D	
				104 0607 025949447000132 MADEIREIRA DU			
26/10/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.603	617,00 D	
				756 4108 016707600000124 GILMARA APARE			
26/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	812.991.100.246.436	11,00 D	
				Cobrança referente 26/10/2022			
26/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	812.991.100.246.437	11,00 D	
				Cobrança referente 26/10/2022			
26/10/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	812.991.100.246.438	11,00 D	
				Cobrança referente 26/10/2022			
26/10/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	822,52 C	0,00 C
31/10/2022		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

-----

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.





1 – EXTRATOS BANCÁRIOS

2 – DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESAS

DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA					
TERMO DE FOMENTO Nº:17/2022					
PERÍODO: 16/09/2022 A 31/10/2022					
RECEITA			DESPESA		
DATA	HISTÓRICO	VALOR	DATA	HISTÓRICO	VALOR
15/09/2022	<input type="checkbox"/> SALDO ANTERIOR	R\$ 0,00	19/10/22	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
16/09/2022	<input checked="" type="checkbox"/> REPASSE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	R\$ 53.750,00	20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
			26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO (Item 5)	86,52
			25/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
			26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	86,00
			26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	617,00
			31/10/2022	<input type="checkbox"/> TARIFAS BANCÁRIAS	66,00
	TOTAL DE RECEITAS	R\$ 53.750,00	31/10/2022	TOTAL DE DESPESAS	R\$ 9.723,52
-	-	-		SALDO	R\$ 44.06,48

Contador da OSC

**Mariana Torres Fonseca**  
 Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
 João Monlevade - MG - Tel. (31) 3851-2349  
 Contador - CRC-MG-107.855 - CPF 090.160.578/99

Presidente da OSC

**5. DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO**

DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO							
ITEM	FORNECEDOR	DISCRIMIN. DOS MATERIAIS ADQUIRIDOS	COMPROVANTES DAS DESPESAS			COMPROVANTE PAGAMENTO	
			DOC FISCAL	Nº	DATA DA EMISSÃO DO DOC. FISCAL	VALOR (R\$)	DATA DA TRANSF. ELET.
1)	MADEIREIRA DULAR	CHAPA RESIDENCIAL				2.783,20	19/10/22
		CUMEEIRA				797,72	20/10/22
		PARAFUSO TELHA				233,00	19/10/22
		MACARANDUBA SERRADA				324,00	20/10/22
		MACARANDUBA SERRADA				259,20	20/10/22
		MACARANDUBA CAIBRO				306,90	20/10/22 e 26/10/22
		MACARANDUBA SERRADO				300,00	20/10/22
		TELHA AMERICANA CARAMELO				550,00	20/10/22
		MACARANDUBA VIGA	NF	8.146	11/10/22	532,50	20/10/22
		MASSARANDUBA VIGA				297,00	25/10/22
		MAASRANDUBA SERRADA VIGOTA				2.524,50	25/10/22
		PREGO				40,00	25/10/22
		PARAFUSO TELHA	NF	8.171	24/10/22	224,50	25/10/22 e 26/10/22
2)	GILMARA APARECIDA ALBERTO	CALHA GALVANIZADA				441,00	26/10/22
		SUORTE				140,00	26/10/22
		PAR TAMPA SANFONADA				20,00	26/10/22
		BOCAL	NF	208	25/10/22	16,00	26/10/22
<b>TOTAL DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO</b>							

Contador da OSC

Presidente da OSC

Mariana Torres Fonseca  
 Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
 João Monlevade - MG - Tel. (31) 3851-2349  
 Contador - CRC-MG-107.855 - CPF 090.280.576-00



João Monlevade, 09 de novembro de 2022.

Andeia Pontes de Souza  
Responsável pela Prestação de Contas  
CPF: 658 220 486-08

\_\_\_\_\_  
Presidente da OSC



Recebemos de MADEIREIRA DULAR LTDA - EPP os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Emissão: 11/10/2022 Dest/Rem: ASSOCIACAO METODISTA J MDE-AMAS Valor Total: 6.086,52



NF-e  
Nº 000.008.146  
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

### MADEIREIRA DULAR LTDA - EPP

AV WILSON AL VARENGA, 3 - BELMONTE  
- JOAO MONLEVADE - MG - CEP:  
35930-292  
Fone: (31)3851-1633

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 000.008.146  
SÉRIE 001  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
3122 1025 9494 4700 0132 5500 1000 0081 4615 1454 1255

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 TRIB

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131224982367499 11/10/2022 10:41:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
3625955020080

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ  
25.949.447/0001-32

#### DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO METODISTA J MDE-AMAS		CNPJ / CPF 07.119.710/0001-84	DATA DA EMISSÃO 11/10/2022
ENDEREÇO RUA VIRGILIO LIMA,, 97		BAIRRO / DISTRITO CARNEIRINHOS	CEP 35930-037
MUNICÍPIO JOAO MONLEVADE		UF MG	DATA DA SAÍDA 11/10/2022
TELEFONE / FAX 3851-2087		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

BASI	CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
		0,00	0,00	0,00	6.086,52
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.086,52

#### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

#### DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ % ICMS	ALÍQ % IPI
001008	CHAPA RESIDENCIAL 5MM 183X110 CRFS BRASI	68118100	0500	5405	PC	56,0000	49,70	0,00	2.783,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006699	CUMEEIRA 1,10 - P	68118200	0500	5405	UN	14,0000	56,98	0,00	797,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000851	PARAF TELHA COMPL 5/16 X 110 / HASTE	73181200	0500	5405	UN	100,0000	2,33	0,00	233,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000116	MACARANDUBA SERRADA VIGOTA/MANILKARA	44079990	0400	5102	M3	0,0450	7.200,00	0,00	324,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000116	MACARANDUBA SERRADA VIGOTA/MANILKARA	44079990	0400	5102	M3	0,0360	7.200,00	0,00	259,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000005	MACARANDUBA CAIBRO	44072990	0400	5102	M3	0,2790	1.100,00	0,00	306,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000843	MACARANDUBA SERRADO EM RIPA	44072990	0400	5102	M3	0,0750	4.000,00	0,00	300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000003605	TELHA AMERICANA CAMELO	69051000	0400	5102	UN	200,0000	2,75	0,00	550,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000942	MACARANDUBA VIGA	44072990	0400	5102	M3	0,0710	7.500,00	0,00	532,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

#### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
OBS:  
ITEM 1 --56 TELHA 183X110  
ITEM 2 -- 14 CUMEEIRA 1,10  
ITEM 3 --100 PARAFUSO TELHEIRO  
ITEM 4 -- 01 MADEIRA 13X5,0 X 8,0  
ITEM 5 -- 01 MADEIRA 10X5,0 X8,0  
ITEM 6 -- 08 CAIBRO 3,50  
ITEM 7 -- 64 MT RIPA0  
ITEM 8 -- 200 TELHA AMERICANAS  
ITEM 9 -- 01 MADEIRA 13X5,0 X 8,0

RESERVADO AO FISCO



<b>MADEIREIRA DULAR LTDA - EPP</b>  AV WILSON ALVARENGA, 3 - BELMONTE - JOAO MONLEVADE - MG - CEP: 35930-292 Fone: (31)3851-1633		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>1</b>  <b>Nº 000.008.146</b> <b>SÉRIE 001</b> <b>FOLHA 2/2</b>	 CHAVE DE ACESSO <b>3122 1025 9494 4700 0132 5500 1000 0081 4615 1454 1235</b>
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA TRIB		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>131224982367499 11/10/2022 10:41:16</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3625955020080	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 25.949.447/0001-32	

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
R\$ 2.010,14 Tributos Federais |



**TED - Transferência Eletrônica Disponível**

## Debitado

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

## Creditado

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 607 JOAO MONLEVADE  
Conta corrente (com DV) 15223  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 25.949.447/0001-32  
Nome favorecido MADEIREIRA DULAR LTDA  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 101.901  
Valor 3.000,00  
Data transferência 19/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 3FE980D5D1110EA9



Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**TED - Transferência Eletrônica Disponível****Debitado**

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 607 JOAO MONLEVADE  
Conta corrente (com DV) 15223  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 25.949.447/0001-32  
Nome favorecido MADEIREIRA DULAR LTDA  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 102.001  
Valor 3.000,00  
Data transferência 20/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 993B5E843BE15648



Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

**TED - Transferência Eletrônica Disponível****Debitado**

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 607 JOAO MONLEVADE  
Conta corrente (com DV) 15223  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 25.949.447/0001-32  
Nome favorecido MADEIREIRA DULAR LTDA  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 102.602  
Valor 86,52  
Data transferência 26/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 6F2536A768583C28

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



DATA: 10/10/2022

1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social - AMAS  
 Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037  
 CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: amasdemonlevadeacaosocial@hotmail.com

2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: Madeira Dular  
 Endereço: Av Wilson Alverenga, 03 Belmonte - made  
 CNPJ: 25 949 447/0001-32

ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
56	chapa Residencial 5mm 183x110	49,70	2783,20
14	luminaria 110	56,98	797,72
100	Panfuso tela comp. 5116x	2,33	233,00
0,048	mosaico duba serrada vigota	9200,00	324,00
0,036	mosaico duba serrada vigota	9200,00	259,20
0,299	mosaico duba serrada laibro	1100,00	306,90
0,095	mosaico duba serrada Ripa	4000,00	300,00
200	tela Armoniosa la ramulo	2,75	550,00
0,091	mosaico duba viga	9500,00	532,50
		Total	6086,52

Isabela Santos  
 Assinatura do Responsável

Válido por 30 dias

Carimbo CNPJ

**25 949 447/0001-32**

Madeira Dular Ltda

Av. Wilson Alverenga 03

Belmonte - CEP 35930-292

João Monlevade - MG



DATA: 11 / 10 / 2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social – AMAS  
Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG – CEP 35930-037  
CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: amasdemonlevadeacaosocial@hotmail.com

### 2 - DADOS DA EMPRESA

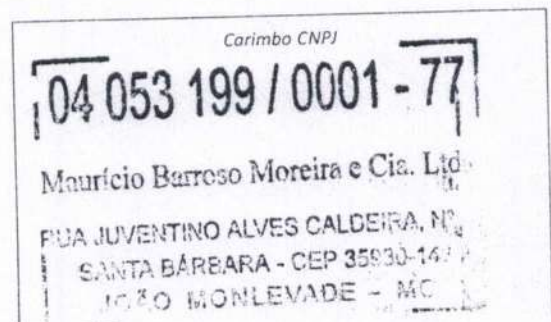
Nome: Maurício Barroso Moreira  
Endereço: Av. Celso Borges nº 7306 - Bairro Santa Bárbara  
CNPJ: 04053199/0001-77

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
56	chapa residencial 5mm 183x110	52,00	2965,20
14	sumeira 110	69,00	966,00
100	Parafuso telha comp. 5116	1,35	135,00
0,045	maçaramanduba serrada vigota	47,50	389,00
0,036	maçaramanduba serrada vigota	37,00	296,00
0,279	maçaramanduba serrada caibos	13,00	364,00
0,045	maçaramanduba serrada Ripa	5,20	332,40
300	telha americana samambá	2,95	590,00
0,071	maçaramanduba vigota	115,00	575,00
			6.604,00

*Maurício Barroso Moreira*  
Assinatura do Responsável

Valido por 30 dias





DATA: 10/10/2022

1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome:	Associação Metodista de Assistência Social – AMAS		
Endereço:	Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG – CEP 35930-037		
CNPJ:	07.119.710/0001-84	E-mail:	amasdemonlevadeacaosocial@hotmail.com

2 - DADOS DA EMPRESA

Nome:	Ercy Eduarda Silva Barcelos Dias - ME		
Endereço:	Av. Wilson Alvarenga nº 519 Carneirinhos - gmde		
CNPJ:	04 224 831 / 0001 - 06		

ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
56	chapa residencial 5mm 183x110		3248,00
14	sumeira 110		840,00
100	Parafuso telha comp. 5116		300,00
0,045	maçaranduba serrada vigia		345,60
0,036	maçaranduba serrada vigia		274,40
0,979	maçaranduba serrada caibó		327,60
0,075	maçaranduba serrada Ripa		288,00
300	telhas americana caramelo		590,00
0,071	maçaranduba viga		520,00
		Total +	6733,60

Assinatura do Responsável

valias por 30 dias

Carimbo CNPJ	
04 224 831 / 0001 - 06	
Ercy Eduarda Silva Barcelos Dias - EPP	
AV. WILSON ALVARENGA, Nº 519	
CARNEIRINHOS - CEP 35930-480	
JOÃO MONLEVADE - MG	

Recebemos de MADEIREIRA DULAR LTDA - EPP os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Emissão: 24/10/2022 Dest/Remo: ASSOCIACAO METODISTA J MDE-AMAS Valor Total: 3.086,00



NF-e  
Nº 000.008.171  
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

### MADEIREIRA DULAR LTDA - EPP



AV WILSON ALVARENGA, 3 - BELMONTE  
- JOAO MONLEVADE - MG - CEP:  
35930-292  
Fone: (31)3851-1633

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 000.008.171  
SÉRIE 001  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3122 1025 9494 4700 0132 5500 1000 0081 7115 1454 1258

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 TRIB

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131225004638391 24/10/2022 11:46:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
3625955020080

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ  
25.949.447/0001-32

#### DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO METODISTA J MDE-AMAS		CNPJ / CPF 07.119.710/0001-84	DATA DA EMISSÃO 24/10/2022
ENDEREÇO RUA VIRGILIO LIMA,, 97		BAIRRO / DISTRITO CARNEIRINHOS	CEP 35930-037
MUNICÍPIO JOAO MONLEVADE	UF MG	TELEFONE / FAX 3851-2087	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA DA SAÍDA 24/10/2022
			HORA DA SAÍDA

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	3.086,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	3.086,00

#### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

#### DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. %	
													ICMS	IPI
000942	MASSARANDUBA VIGA	44072990	0400	5102	M3	0,0440	6.750,000	0,00	297,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000116	MASSARANDUBA SERRADA VIGOTA/MANILKARA	44079990	0400	5102	M3	0,3740	6.750,000	0,00	2.524,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000060	PREGO CCAB 19X36	73170090	0500	5405	KG	2,0000	20,000	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000851	PARAF TELHA COMPL 5/16 X 110 / HASTE	73181200	0500	5405	pc	100,0000	2,245	0,00	224,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

#### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
-> Voce pagou aproximadamente: R\$ 999,60 Tributos Federais |  
R\$ 999,60 Tributos Federais | DAV - Pedido de Venda: 0000006152

ITEM 01 - MADEIRA PARAJU 13X13 - 1-2,50M  
ITEM 02 - MAD PARAJU 5,5X5,5 - (10-7,0, 6-6,0 E 6-5,0)  
ITEM 03 - PREGO 19X 36 - 2KG  
ITEM 4 - 100 PARAFUSO TELHEIRO, VALOR BASE ICMS ST 0,00 VALOR CREDITO ICMS ST 0,00, VALOR PIS 0,00 VALOR COFINS 0,00

RESERVADO AO FISCO

**TED - Transferência Eletrônica Disponível****Debitado**

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 607 JOAO MONLEVADE  
Conta corrente (com DV) 15223  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 25.949.447/0001-32  
Nome favorecido MADEIREIRA DULAR LTDA  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 102.501  
Valor 3.000,00  
Data transferência 25/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 6C92CFFA6E5BB9DF

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



**TED - Transferência Eletrônica Disponível**G334261446247512011  
26/10/2022 14:51:55**Debitado**

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 607 JOAO MONLEVADE  
Conta corrente (com DV) 15223  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 25.949.447/0001-32  
Nome favorecido MADEIREIRA DULAR LTDA  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 102.601  
Valor 86,00  
Data transferência 26/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 41B3077722CA04F8



---

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088





DATA: 21/10/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social - AMAS

Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037

CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com)

### 2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: Nívio Barcelos Dias

Endereço: Av. Armando Fajardo nº 3888 e. Celeste

CNPJ: 68 496 272 / 0001 - 68

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
0,044	m <sup>3</sup> macacanduba viga	7550,00	322,20
0,374	m <sup>3</sup> macacanduba vigota	7000,00	2618,00
2	kg prego 19x36	25,00	50,00
100	para fusos telhas	3,00	300,00
			3290,20

Lucimar Azeredo de Castro  
Assinatura do responsável

Valido por 30 dias

Carimbo

68 496 272 / 0001 - 68

NÍVIO BARCELOS DIAS

AV. ARMANDO FAJARDOS, Nº 3888

ORÇAMENTO CELESTE - CEP 35930-037

JOÃO MONLEVADA - MG



DATA: 21/10/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social - AMAS

Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037

CNPJ: 07.119.710/0001-84

E-mail: amas.monlevade@gmail.com

### 2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: Ercy Eduarda Silva Barcelos Dias EPP

Endereço: Av. Wilson Alvarenga, 519 Carneirinhos

CNPJ: 04 224 831 / 0001 - 06

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
0,044	m <sup>3</sup> macaranduba uiga	7840,00	344,96
0,374	m <sup>3</sup> macaranduba suada uigote	7165,00	2679,78
2	Kg pugo 19x36	25,00	50,00
100	Parafusos telha	3,00	300,00
			3374,67

Rubricado Mano Fausto

Assinatura do responsável

Carimbo

04 224 831 / 0001 - 06

Ercy Eduarda Silva Barcelos Dias - EPP

AV. WILSON ALVARENGA, Nº 519

CARNEIRINHOS - CEP 35930-480

JOÃO MONLEVADE - MG

Válidos por 30 dias



Associação Metodista de Assistência Social

Associação Metodista de Assistência Social

Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG  
CEP: 35.930-037



Nota explicativa sobre pagamento das Notas Fiscais nº 8.146 e 8.171

As notas fiscais nº 8.146 e 8.171 tiveram o pagamento parcelado em função do limite de transferência diário permitido na ocasião do pagamento ( apenas R\$ 3.000,00). Foi necessário realizar o pagamento desta forma pois a assinatura do presidente era necessária para a alteração deste limite e o mesmo se encontrava em viagem.



**Associação Metodista de Assistência Social**

Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG  
CEP: 35.930-037



Nota explicativa sobre a descrição dos produtos adquiridos na  
Madeira Dular:

A descrição dos produtos relacionados nas notas fiscais 8.146 e 8.171 correspondem aos itens mencionados nos dados adicionais da mesma nota e são os mesmos descritos no plano de trabalho.

RECEBEMOS DE GILMARA APARECIDA ALBERTO 05790276601 OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO  
 EMISSÃO: 25/10/2022 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO METODISTA DE ASSISTENCIA SOCIAL DE JOAO MONLEVADE - VALOR TOTAL: R\$ 617,00

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

31  
 J Nº 00000208  
 SÉRIE 001

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

GILMARA APARECIDA ALBERTO  
 05790276601  
 RUA SUASSUI, 129 LETRA B - CRUZEIRO CELESTE -  
 CEP:35931-018 - JOAO MONLEVADE - MG  
 TEL: (31)8774-2620

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA  
 Nº 00000208 fl. 1 / 1  
 SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO  
 3122 1016 7076 0000 0124 5500 1000 0002 0815 7229 1359

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
 ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 131225006991015 25/10/2022 10:47:59

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
 Venda de producao do estabelecimento

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0035417570087 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 16.707.600/0001-24

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO METODISTA DE ASSISTENCIA SOCIAL DE JOAO MONLEVADE CNPJ / CPF 07.119.710/0001-84 DATA DA EMISSÃO 25/10/2022

ENDEREÇO R VIRGILIO LIMA, 97 BAIRRO / DISTRITO CARNEIRINHOS CEP 35930-037 DATA SAÍDA / ENTRADA 25/10/2022

MUNICÍPIO JOAO MONLEVADE FONE / FAX (31)98988-2766 UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 10:45:00

CÁLCULO DO IMPOSTO DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	617,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	617,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA 9 - SEM FRETE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF

ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO


**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 CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
MP000170	CALHA GALVANIZADA 300 MM	72122010	0102	5101	MT	30,00	14,70	0,00	441,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
102	SUPORTE 0.30 RETO	89060000	0102	5101	UN	35,00	4,00	0,00	140,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
121	PAR TAMPA 0.30 SANFONADA	89060000	0102	5101	UN	4,00	5,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	BOCAL 75 MM	89060000	0102	5101	UN	4,00	4,00	0,00	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

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  
 Formas de Pagto.: Dinheiro R\$ 617,00

RESERVADO AO FISCO



EMC Sistemas Ltda®

**TED - Transferência Eletrônica Disponível**G334261446247512018  
26/10/2022 14:59:00**Debitado**

Agência 2220-9  
Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE

**Creditado**

Banco 756 BANCO SICOOB S.A.  
Agência (sem DV) 4108 SICOOB CREDIMEPI  
Conta corrente (com DV) 485373  
Conta Pagamento 0000  
CNPJ 16.707.600/0001-24  
Nome favorecido GILMARA APARECIDA ALBERTO 05790276601  
Finalidade PAGAMENTO FORNECEDORES  
Número documento 102.603  
Valor 617,00  
Data transferência 26/10/2022  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB BEF5B66056CB8D91

---

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088





DATA: 24/10/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social – AMAS

Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG – CEP 35930-037

CNPJ: 07.119.710/0001-84

E-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com)

### 2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: Gilmara Aparecida Alberto 057 902 766 01

Endereço: Av. Isaac Cassimiro Gomes, 1583, Loanda, João Monlevade - MG

CNPJ: 16.707.600/0001-24

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
30	mts calha galvanizada 300mm	14,70	441,00
35	suporte Ø30 reto	4,00	140,00
04	par tampa Ø30 sarçonada	5,00	20,00
04	bocal 75mm	4,00	16,00
			617,00

Brenda Lopes Alberto

Assinatura do responsável

válida por 30 dias

Carimbo

16.707.600/0001-24

Gilmara Aparecida Alberto

Av. Isaac Cassimiro Gomes, 1583  
Loanda - CEP 35.930-357  
João Monlevade - MG



DATA: 24/10/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social – AMAS

Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG – CEP 35930-037

CNPJ: 07.119.710/0001-84

E-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com)

### 2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: José da Luz Guimarães - Ferragens

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 7297 - B. Sta Bárbara - J. Mac

CNPJ: 41.806.787/0001-60

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
30	mts calha galvanizada 300mm	23,00	R\$ 690,00
35	suporte Ø30 reto	7,90	R\$ 276,50
04	parafusos tampas Ø30 sanfonada	7,00	R\$ 28,00
04	local 75 mm	8,00	R\$ 32,00
			R\$ 1.026,50

*Assinatura do responsável*

Assinatura do responsável

41.806.787/0001-60

José da Luz Guimarães

Av. Getúlio Vargas, 7297

Carneirinhos, João Monlevade/MG

Carimbo

41.806.787/0001-60

Stamp area with some illegible text and a date stamp.



DATA: 24/10/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

Nome: Associação Metodista de Assistência Social - AMAS

Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037

CNPJ: 07.119.710/0001-84

E-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com)

### 2 - DADOS DA EMPRESA

Nome: Valdilene Aparecida Fernandes e Cia Ltda

Endereço: Rua Joana Darc nº 79 - Alvorada - João Monlevade

CNPJ: 02.436.524/0001-55

### ORÇAMENTO

QTDE	PRODUTO - DESCRIÇÃO	VR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
30	m/s calha galvanizada 300mm	24.20	726.00
35	suporte 0,30 reto	9.75	341.25
04	Parafuso Tampa 0,30 sanfonada	19.50	78.00
04	local 45mm	19.50	78.00
			1223.25

João  
Assinatura do responsável

Carimbo

valido por 30 dias

02.436.524/0001-55  
Valdilene Aparecida Fernandes e Cia Ltda.  
Rua Joana Darc, 79  
Alvorada - CEP 35.930-037  
João Monlevade - MG



# Associação Metodista de Assistência Social

Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG

CEP: 35.930-037



Nota explicativa Gimara Aparecia alberto - Calhas Sul NF: 208

O prestador de serviços verificou um orçamento a menor dos produtos a serem adquiridos e houve necessidade de acréscimo na quantidade dos mesmos conforme tabela abaixo:

PRODUTO	QUANTIDADE ORÇADA	QUANTIDADE ADQUIRIDA
Calha	22 mts	30 mts
Suporte	12	35
Bocal	02	04
Tampa	04	04

No entanto mesmo havendo esta diferença não houve descumprimento do Objeto do termo de parceria e não houve prejuízo nas compras dos demais itens descritos no plano de trabalho.

Custo da compra no plano de trabalho 843,20  
Custo real da compra realizada 617,00



Associação Metodista Assistência Social de João Monlevade (AMAS)



#### ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE GUARDA DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS APRESENTADOS NA PRESTAÇÃO DE CONTAS

#### DECLARAÇÃO

Eu, Robson Aparecido da Silva, Presidente do (a) presbitero da Igreja, inscrito no CPF sob o nº 7924436659,  
DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei, que a Organização da Sociedade Civil Igreja manterá em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas da parceria referente ao Termo de Colaboração/Fomento nº 17/2022.

João Monlevade, 09 de novembro de 2022.

Robson Aparecido da Silva  
Presidente da OSC

ANEXO V

DECLARAÇÃO DO CONTADOR RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

DECLARAÇÃO

Eu, Robson Aparecido da Silva, Presidente do  
(a) AMAS, inscrito no CPF sob o nº 792.442.606.09,  
DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei, que (**nome do contador**), inscrito no CPF  
sob o nº 090.180.576-90, CRC nº 107.855, 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.

\* Mariana Torres Fonseca

João Monlevade, 09 de novembro de 2022.

Robson Aparecido da Silva  
Assinatura do presidente da OSC

Mariana Torres Fonseca  
Assinatura do contador e carimbo ou identificação

**Mariana Torres Fonseca**  
Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
João Monlevade - MG - Tel. (31) 3851-2349  
Contador - CRC-MG-107.855 - CPF 090.180.576.90

**CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS PROFISSIONAL**

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..... : MARIANA TORRES FONSECA  
REGISTRO..... : MG-107855/O-8  
CATEGORIA..... : CONTADOR  
CPF..... : \*\*\*.180.576-\*\*

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, 14/11/2022 as 11:57:42.  
Válido até: 12/02/2023.  
Código de Controle: 840753.

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





SETOR DE PARCERIAS PMJM &lt;setordeparceriaspmjm@gmail.com&gt;



## Pendências Prestação de Contas TF 17/2022 - Parcial 1

1 mensagem

SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>  
Para: AMAS Monlevade <amas.monlevade@gmail.com>

24 de novembro de 2022 11:35

Andréa,  
Boa tarde.

Após análise da Prestação de Contas do TF 17/2022 - Parcial 1, foram encontradas a seguintes pendências:

### **1) As páginas da Prestação Contas devem vir paginadas e rubricadas pelo responsável.**

Pedimos a gentileza que, para as próximas prestações, todas as páginas sejam entregues numeradas e paginadas.

### **2) Público-Alvo**

Deve constar todas as metas do Plano de trabalho.

Caso alguma meta não tenha sido cumprida dentro do prazo, justificar neste quadro ou por meio de nota explicativa.

Obs.: Observar o cronograma de cumprimento de metas na última folha do plano de trabalho.

### **3) Ações programadas e executadas**

Deve constar todas as metas e meios de realização do Plano de trabalho.

Colocar o mês que cada meta foi cumprida.

Obs.: Observar o cronograma de cumprimento de metas na última folha do plano de trabalho.

### **4) Prestação de Contas incompleta**

Não consta na Prestação de Contas os Documentos exigidos para as metas, conforme prevê a coluna **"PARÂMETROS A SEREM UTILIZADOS PARA A AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS" - Item 9 do Plano de Trabalho**

a) Contratar prestador de serviços para as atividades de Ballet e Taekwondo

b) Contratar prestador de serviços para monitorar as atividades desenvolvidas na AMAS

c) Adequar espaço físico para realização de aulas de reforço escolar, atividades artísticas, educativas e outras.

Esta meta foi concluída, ou ainda possuem mais itens a serem comprados? Se ainda for comprar mais itens, no público-alvo deve ser colocado que foi cumprido parcialmente e justificar o motivo no campo adequado.

d) Adquirir móveis (material permanente) adequado para a sala de reforço escolar e cozinha

### **5) Demonstrativo de Receita e Despesa**

O banco não pode cobrar essas tarifas de transferência.

Caso o banco não tenha restituído este valor para a conta da parceria, o valor de R\$ 66,00 deverá ser devolvido pela OSC para conta da Parceria. Preencher Item 8, do Anexo III, enviar comprovante de devolução do valor, e trazer extrato bancário atualizado contendo o valor já na conta da parceria.

### **6) Despesas com Aquisição de Material de Consumo**

Inserir Total das Despesa no Formulário

### **7) Anexo V - Declaração do Contador**

Enviar nova declaração com data igual ou superior a 14/11/2022, que é a data de emissão da Certidão Negativa do Contador.

Ainda não analisei os orçamentos e as Notas Fiscais devido a Prestação estar incompleta.  
Na posse de todos os documentos, farei uma nova análise.

Caso tenha dúvidas, peço que entre em contato para agendarmos um horário.  
Fico no aguardo das correções e coloco-me à disposição caso precise.

Atenciosamente,

**Ramínie Moreira**  
Setor de Parcerias - MROSC





## 2 - PÚBLICO-ALVO E ALCANCE DAS METAS

META/OBJETIVO	QTDE PREVISTA	Nº DE PESSOAS ATENDIDAS	CUMPRIMENTO DAS AÇÕES PROGRAMADAS	JUSTIFICATIVA
✚ Adequar e adaptar o espaço físico da sede da OSC	Toda comunidade da OSC será beneficiada com as reformas.	Toda comunidade da OSC será beneficiada com as reformas.	SIM, parcialmente.	A adequação ainda não aconteceu em sua totalidade
✚ Contratar prestador de serviços para as atividades de ballet e taekwondo	Média 10 crianças	24	SIM	
✚ Contratar prestador de serviços para monitorar as atividades desenvolvidas na AMAS	Média 10 crianças	1	NÃO	O profissional selecionado para o contrato não pode assumir em função de problemas familiares e não encontramos outro com perfil adequado.
✚ Adquirir móveis - material permanente - para sala de reforço escolar e cozinha	Toda comunidades da OSC	Toda a comunidade da OSC	NÃO	Meta dentro do prazo vigente

*K*

**3 - AÇÕES PROGRAMADAS E EXECUTADAS**

META/OBJETIVO	MEIOS DE REALIZAÇÃO	DATAS PREVISTAS	DATAS CUMPRIDAS
<p>✚ Adequar espaço físico para a realização de aulas de reforço escolar, atividades artísticas, educativas e outras</p>	<p>✚ Aquisição de materiais de construção diversos para reforma dos telhados das salas de reforço escolar e educação cristã, colocação de cobertura sobre o passeio de acesso às salas, pintura da sala de reforço escolar e lateral externa (telhas, tintas, parafusos, selador, tubos, etc).</p>	<p>Setembro a Outubro/2022</p>	<p>Outubro/2022, Parcialmente conforme nota explicativa 01</p>
	<p>✚ Contratação de serviços de terceiros para reforma dos telhados das salas de reforço escolar e educação cristã, colocação de cobertura sobre o passeio de acesso às salas, pintura da sala de reforço escolar e lateral externa (pedreiro, carpinteiro, pintor).</p>	<p>Pedreiro Setembro/Outubro 2022  Carpinteiro Setembro/Outubro 2022  Pintor Setembro/Novembro 20/22</p>	<p>Conforme nota explicativa 02</p>
<p>✚ Contratar prestador de serviços para as atividades de Ballet e Taekwondo</p>	<p>✚ Contratação de 1 (um) profissional de Ballet: Carga horária: 6 horas semanais</p>	<p>Setembro/2022</p>	<p>Outubro/2022  A profissional que seria contratada não conseguiu fazer o MEI, impossibilitando a contratação. Buscamos um novo profissional e o contrato foi firmado após a data prevista.</p>
	<p>✚ Contratação de 1 (um) profissional de Taekwondo: Carga horária: 4 horas semanais</p>	<p>Setembro/2022</p>	<p>Setembro/2022 Conforme nota explicativa 03</p>



<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Contratar prestador de serviços para monitorar as atividades desenvolvidas na AMAS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Contratação de 1 Coordenador</li><li>✚ Carga horária: 20 horas semanais</li></ul>	Setembro/2022	Nota explicativa 04.
<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Adquirir móveis (material permanente) adequado para a sala de reforço escolar e cozinha.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Aquisição de conjunto escolar: mesa e cadeira</li><li>✚ Aquisição de mesa e bancos para a cozinha.</li></ul>	Setembro/2022	Outubro/2022



Associação Metodista de Assistência Social

Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG

CEP: 35.930-037



Nota explicativa 00

O motivo geral no atraso em todos os prazos de execução dos serviços previstos no plano de trabalho se deu em função da demora na formalização da parceria, que aconteceu um mês após a data prevista.

*L*

João Monlevade 16 de dezembro 2022



## Nota explicativa 01

Optamos por realizar a compra de parcelada dos materiais orçados para o cumprimento da meta em função de não haver local adequado para o armazenamento dos mesmos.

R

João Monlevade 16 de dezembro 2022

Nota explicativa 02

**Pedreiro**

Não pode ser contratado devido a necessidade de mudança no serviço previsto inicialmente orientado pelo engenheiro. A definição do mesmo acontecerá a partir de um projeto estrutural, laudo técnico, e relatório solicitados pelo CMDCA.

**Pintor**

O pintor só será contratado após a realização dos serviços de pedreiro e carpinteiro.

**Carpinteiro**

Ainda estamos dentro do prazo para contratação do carpinteiro.

*Q*

*João Monlevade 16 de dezembro 2022*



**Associação Metodista de Assistência Social**

Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG

CEP: 35.930-037



## Nota explicativa 03 - pagamento do profissional do Taekwondo

O profissional teve dificuldades em realizar a abertura do cadastro de microempreendedor individual (MEI) no mês corrente e portanto não foi passível a emissão da nota fiscal para a realização do pagamento. No próximo mês realizaremos o pagamento referente a este.

*e*



Nota explicativa 04 -

O profissional selecionado para o contrato não pode assumir em função de problemas familiares e não encontramos outro com perfil adequado. Diante disto faremos uma adequação ao plano de trabalho mediante autorização do CMDCA. Ainda não temos nenhum documento sobre esta situação para apresentarmos, estamos aguardando.

*(Handwritten mark)*



1 – EXTRATOS BANCÁRIOS

2 – DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESAS

DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA					
TERMO DE FOMENTO Nº:17/2022					
PERÍODO: 16/09/2022 A 31/10/2022					
RECEITA			DESPESA		
DATA	HISTÓRICO	VALOR	DATA	HISTÓRICO	VALOR
15/09/2022	<input type="checkbox"/> SALDO ANTERIOR	R\$ 0,00	19/10/22	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
16/09/2022	<input checked="" type="checkbox"/> REPASSE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	R\$ 53.750,00	20/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
14/12/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DEVOUÇÃO DE TARIFA	R\$66,00	26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO (Item 5)	86,52
			25/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
			26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	86,00
			26/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	617,00
			31/10/2022	<input checked="" type="checkbox"/> TARIFAS BANCÁRIAS	66,00
	TOTAL DE RECEITAS	R\$ 53.816,00	31/10/2022	TOTAL DE DESPESAS	R\$ 9.723,52
-	-	-		SALDO	R\$ 44.092,48

Contador da OSC

Presidente da OSC

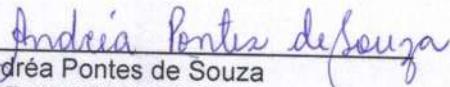
Mariana Torres Fonseca  
 Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
 João Monlevade - MG - Tel. (31) 3851-2349  
 Contador - CRC-MG -107.855 - CPF 090.180.576-90

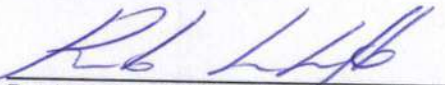


8. COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DE RECURSOS –

ITEM	VALOR R\$	MOTIVO DA DEVOLUÇÃO	OBSERVAÇÃO
01	R\$66,00	Cobrança indevida nas transferências bancárias	O banco já foi notificado e o extorno solicitado.

João Monlevade, 16 de dezembro de 2022.

  
Andréa Pontes de Souza  
CPF: 658.220.486-68

  
Presidente da OSC – Edson Aparecido da Silva

14/12/2022 - BANCO DO BRASIL - 11:12:21  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO



CREDITADO:  
CLIENTE: ASSOCIACAO S J MONLEVADE  
AGENCIA: 2220-9 CONTA : 55.897-4

=====  
DATA : 14/12/2022  
NR. DOCUMENTO 222070043111221  
VALOR DINHEIRO 66,00  
VALOR TOTAL 66,00  
QUANTIDADE DE CEDULAS PROCESSADAS 5  
=====

NR. AUTENTICACAO 5.838.255.6AD.296.26C

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

*[Handwritten signature]*



## Consultas - Extrato de conta corrente

G337141302066796015  
14/12/2022 13:09:33

## Cliente - Conta atual

Agência 2220-9  
 Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE  
 Período do extrato de 01 / 11 / 2022 até 30 / 11 / 2022



## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
26/10/2022		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
07/11/2022		2220	99015	470 Transferência enviada	552.220.000.040.373	630,00 D	
				07/11 2220 40373-3 ANA LUIZA AGUI			
07/11/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.701	600,00 D	
				077 0001 12368643605 SAVIO JUNIOR TEIX			
07/11/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	823.111.200.088.210	11,00 D	
				Cobrança referente 07/11/2022			
07/11/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	1.241,00 C	0,00 C
21/11/2022		0000	14113	670 Tar DOC/TED Eletrônico	103.250.800.067.548	11,00 C	
				Estorno cobrança de 19/10/2022			
21/11/2022		0000	14113	670 Tar DOC/TED Eletrônico	103.250.800.067.548	11,00 C	
				Estorno cobrança de 20/10/2022			
21/11/2022		0000	14113	670 Tar DOC/TED Eletrônico	103.250.800.067.548	11,00 C	
				Estorno cobrança de 25/10/2022			
21/11/2022		0000	14113	670 Tar DOC/TED Eletrônico	103.250.800.067.548	33,00 C	
				Estorno cobrança de 26/10/2022			
21/11/2022		0000	14113	670 Tar DOC/TED Eletrônico	103.250.800.067.548	11,00 C	
				Estorno cobrança de 07/11/2022			
21/11/2022		0000	14403	900 Movimento do Dia	103.251.000.112.026	77,00 C	
21/11/2022		0000	00000	345 BB CP Automatico S P	70	154,00 D	0,00 C
22/11/2022		0000	13403	500 Movimento do Dia	103.261.000.098.894	77,00 D	
22/11/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	77,00 C	0,00 C
30/11/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	113.001	675,00 D	
				077 0001 12368643605 SAVIO JUNIOR TEIX			
30/11/2022		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.341.200.462.020	11,00 D	
				Cobrança referente 30/11/2022			
30/11/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	686,00 C	
30/11/2022		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

Com Ourocard Empresarial Elo sua empresa pode  
 concorrer a consultoria + R\$ 100 mil. Inscreva o  
 CNPJ no site: [elo.com.br/promo-shark-tank-brasil](https://elo.com.br/promo-shark-tank-brasil)

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.



*K*

*folha em branco*

*João Montivade 16 de dezembro 2022*

*Andréia Pontes de Souza*



## Consultas - Extrato de conta corrente

G337141302066796014  
14/12/2022 13:07:00

## Cliente - Conta atual

Agência 2220-9  
 Conta corrente 55897-4 ASSOCIACAO S J MONLEVADE  
 Período do extrato Mês atual



## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo	
30/11/2022		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C	
05/12/2022		2220	99015	470 Transferência enviada	552.220.000.040.373	840,00 D		
				05/12 2220 40373-3 ANA LUIZA AGUI				
05/12/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	840,00 C	0,00 C	
13/12/2022		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	121.301	600,00 D		
				077 0001 12368643605 SAVIO JUNIOR TEIX				
13/12/2022		0000	00000	855 BB CP Automatico S P	70	600,00 C	0,00 C	
14/12/2022		2220	70043	502 Depósito Online TAA	222.070.043.111.221	66,00 C		
				14/12 11:12 SAA-JOAO MONLEVADE				
14/12/2022		0000	00000	999 S A L D O			66,00 C	
Invest.com Resgate Autom.							41.167,85 C	
Saldo							41.233,85 C	
Juros *							0,00	
Data de Debito de Juros							30/12/2022	
IOF *							0,00	
Data de Debito de IOF							02/01/2023	
<b>Saldo de fundos de investimento</b>								
S.Público Automático							41.220,85	

-----  
 Com Ourocard Empresarial Elo sua empresa pode  
 concorrer a consultoria + R\$ 100 mil. Inscreva o  
 CNPJ no site: [elo.com.br/promo-shark-tank-brasil](http://elo.com.br/promo-shark-tank-brasil)  
 -----

Transação efetuada com sucesso por: JF341772 EDSON APARECIDO DA SILVA.



**5. DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO**

DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO							
ITEM	FORNECEDOR	DISCRIMIN. DOS MATERIAIS ADQUIRIDOS	COMPROVANTES DAS DESPESAS			COMPROVANTE PAGAMENTO	
			DOC FISCAL	Nº	DATA DA EMISSÃO DO DOC. FISCAL	VALOR (R\$)	DATA DA TRANSF. ELET.
1)	MADEIREIRA DULAR	MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO	NF	8.146	11/10/2022	R\$ 6.086,52	19/10/2022 20/10/2022 26/10/2022
2)	MADEIREIRA DULAR	MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO	NF	8.171	24/10/2022	R\$ 3.086,00	25/10/2022 26/10/2022
3)	GILMARA APARECIDA ALBERTO	MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO	NF	208	25/10/2022	R\$ 617,00	26/10/2022
<b>TOTAL DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO</b>							<b>R\$ 9.855,52</b>

Contador da OSC

**Mariana Torres Fonseca**  
 Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
 João Monlevade - MG - Tel. (31) 3851-2549  
 Contador - CRC-MG - 107.855 - CPF 090.160.575-29

Responsável pela Prestação de Contas  
 CPF: 658.220.486 - 68

Presidente da OSC – Edson Aparecido da Silva

João Monlevade, 16 de dezembro de 2022.



**CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS PROFISSIONAL**

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.....	: MARIANA TORRES FONSECA
REGISTRO.....	: MG-107855/O-8
CATEGORIA.....	: CONTADOR
CPF.....	: ***.180.576-**

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, 14/12/2022 as 15:50:58.

Válido até: 14/03/2023.

Código de Controle: 379767.

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

R





Associação Metodista Assistência Social de João Monlevade (AMAS)



## CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAL MEI – MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL

Pelo presente contrato de prestação de serviços, de um lado, **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JOÃO MONLEVADE-AMAS**, CNPJ: 07.119.710/0001-84, situada na Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade, CEP 35930-037, e-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com), neste ato representada por seu representante legal, Sr. Edson Aparecido da Silva, CPF 792.443.606-59 doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado **ANA LUIZA AGUIAR SANTOS 13102357679, MEI – inscrito no CNPJ 25.402.418/0001-56**, neste ato representado por seu representante legal **ANA LUIZA AGUIAR SANTOS**, brasileira, casada, professora, portador do RG - MG 16 588 110, inscrito no CPF sob o nº - 131.023.576-79, situada à Rua Barão de Cocais nº 1100, apt. 403, Bairro Nova Esperança, João Monlevade, MG, email [analuizaaguiar@hotmail.com](mailto:analuizaaguiar@hotmail.com), doravante denominado **PRESTADOR DE SERVIÇOS (MEI)** tem por justas e contratadas as cláusulas abaixo discriminadas:

### Cláusula 1ª. OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem como objetivo a Ministração de aulas de BALLET, 02 (dois) dias por semana, totalizando 06 (seis) horas/aulas semanais. As aulas acontecerão na sede social da Associação Metodista de Assistência social - AMAS- situada à Rua Onofre Newton de Ambrósio nº84 Bairro Nova Esperança, João Monlevade- MG

### Cláusula 2ª. DA VIGÊNCIA

2.1- A vigência do presente contrato será de 01/10/2022 a 30/04/2023, dando se por encerrado após o último dia, salvo em disposição contrária de ambas as partes.

### Cláusula 3ª. OBRIGAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS - MEI

- 3.1- Realizar os serviços ora contratados, utilizando técnicas e materiais adequados e em número suficiente para a sua execução.
- 3.2- Supervisionar, gerenciar e coordenar os alunos durante a ministração das aulas, zelando pela integridade física e mental de cada aluno participante das aulas.
- 3.3- Fornecer à CONTRATANTE, mensalmente, lista de presença assinada pelos participantes, relatório de atividades desenvolvidas bem como todas as informações e esclarecimentos necessários sobre a ministração das aulas, frequência e desenvoltura dos alunos.
- 3.4- Responsabilizar-se por todas as obrigações de natureza fiscal, administrativa, previdenciária, trabalhista e civil, decorrentes do presente CONTRATO.
- 3.5- O PRESTADOR de SERVIÇOS se responsabiliza em caso danos/quebras ao espaço da AMAS durante a ministração das aulas.



Associação Metodista Assistência Social de João Monlevade (AMAS)



3.6- É responsabilidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS a execução do serviço contratado. NÃO é permitido a contratação de terceiros.

#### **Cláusula 4ª. PAGAMENTOS e CONDIÇÕES**

4.1- O valor da hora/aula é R\$35,00 ( trinta e cinco reais ).

O valor total deste CONTRATO será de R\$ 4.480,00 (quatro mil e quatrocentos e oitenta reais), pago mensalmente mediante o cronograma previamente acordado entre as partes.

4.2- O pagamento será conforme previsto pelo cronograma abaixo;

- **Outubro** - 18 aulas – R\$ 630,00 (seiscentos e trinta reais)
- **Novembro** - 24 aulas – R\$ 840,00 (oitocentos e quarenta reais)
- **Dezembro** - 16 aulas – 560,00 (quinhentos e sessenta reais)
- **Janeiro** - 08 aulas – R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais)
- **Fevereiro** - 18 aulas – R\$ 630,00 ( seiscentos e trinta reais)
- **Março** - 28 aulas – R\$ 980,00 (novecentos e oitenta reais)
- **Abril** -16 aulas – R\$ 560,00 (quinhentos e sessenta reais)

4.3- O pagamento será efetuado na conta bancária de titularidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS , qual seja: Banco do Brasil – 001, Ana Luiza Aguiar Santos, CPF – 131.023.576-79, agência: 2220-9, conta corrente 40373-3.

4.4 - O pagamento será efetuado via TED ( transferência eletrônica), na conta do PRESTADOR DE SERVIÇOS mediante apresentação da NOTA FISCAL de SERVIÇOS.

4.5 - O pagamento do DAS é de responsabilidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS , devendo o mesmo apresentar ao CONTRATANTE cópia da Guia de recolhimento e do pagamento do mesmo.

#### **CLÁUSULA 5ª. DA RESCISÃO CONTRATUAL**

5.1- O presente contrato encerra no dia 30/04/2023, podendo ser prorrogado havendo acordo entre as partes.

5.2 – A rescisão motivada por qualquer uma das partes, antes do término do contrato, deve ser comunicada por escrito, com antecedência mínima de 30 ( trinta) dias.

5.3 - Poderá o presente contrato ser rescindido sem o aviso prévio de 30 ( trinta) dias, feito através de comunicação escrita, APENAS nos seguintes casos:

- Inadimplemento contratual por qualquer das partes;
- Não cumprimento da carga horária pelo prestador de serviço, prevista neste contrato.

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de João Monlevade/MG.

E, por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.



Associação Metodista Assistência Social de João Monlevade (AMAS)



JOÃO MONLEVADE, 30 DE SETEMBRO DE 2022.

*[Handwritten Signature]*  
ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JOÃO MONLEVADE

*Ana Luíza Aguiar Santos*  
ANA LUIZA AGUIAR SANTOS

01-Testemunha: *Rafael do Nascimento* CPF: *124.920.926.90*

02- Testemunha: *Josmy Batista Vitor* CPF: *054.145.896.80*

*R*





Orçamento válido por 30 dias.

DATA: 27 / 09 / 2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

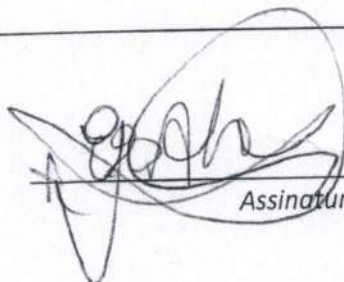
Nome:	Associação Metodista de Assistência Social de João Monlevade - AMAS	
Endereço:	Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037	
CNPJ:	07.119.710/0001-84	E-mail: <u>amas.monlevade@Gmail.com</u>

### 2 - DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome:	<u>Erika Jamaina da Silva Alves</u>	
Endereço:	<u>R. José Antônio nº 62 apto 401 Carneirinhos - Jmde</u>	
CPF:	<u>072 047 296 95</u>	Telefone:

### ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VR. UNITÁRIO	VR. TOTAL
<u>Ministração de aulas de ballet</u>	<u>R\$40,00</u> <u>hora/aula</u>	<u>R\$5.120,00</u>
	<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>R\$ <u>5120,00</u></b>

  
Assinatura do Responsável

2



Data: 04/10/2022

Oficina: Soli		Data: 04/10/2022	
Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Daphia Mara Fernandes	Daphia Mara Fernandes	08:00 às 10:00
02	Ryane Julia de Oliveira C.	RYANE JULIA DE OLIVEIRA C.	08:00 às 10:00
03	Luciana Vitória de Oliveira P.	Luciana Vitória de Oliveira Perazzo	08:00 às 10:00
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor(a)



Data: 07/10/2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Oficina: Bali		
02	Monitor (a): Ana Luiza Aguiar		
01	Luana Vitória de Oliveira Lins de	Luana Vitória de Oliveira Lins de	09:00 às 10:00
02	Rafaela Maria Furtado	Luana Vitória de Oliveira Lins de	09:00 às 10:00
03	Ryane Julia de Oliveira	Luana Vitória de Oliveira Lins de	09:00 às 10:00
04	Geostany Tassara Galvão	Luana Vitória de Oliveira Lins de	09:00 às 10:00
05	Larissa Victória da Galvão	Luana Vitória de Oliveira Lins de	09:00 às 10:00
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12	Gabryelly Araújo Costa	Gabryelly Araújo Costa	17:00 às 19:00
13	Ana Lívia da Galvão Machado	Ana Lívia da Galvão Machado	17:00 às 19:00
14	Maria Cecília Galvão	MARIA ECHLHA	17:00 às 19:00
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Ana Luiza Aguiar  
Assinatura do monitor(a)

Martina  
Assinatura da Coordenadora



*(Handwritten mark)*



Data: 18 / 10 / 2002

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Regina Helena Pereira	RYANE JÚLIA RÊ OLIVEIRA	—
02	Regina filha de Wilma	BARBOSA VICTÓRIA	09:00 às 10:00
03	Leiriana Vitória da Silva	Leiriana Vitória de Oliveira Leirano	09:00 às 10:00
04	Luana Vitória de Oliveira Leirano		
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Marta  
Assinatura da Coordenadora

Ana Luiza  
Assinatura do monitor (a)



*Handwritten mark*

Data: 21/10/2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
	Oficina: <u>Bali</u>		
	Monitor (a): <u>Jana Luísa</u>		
01	<u>Gabyelly Fraize Cota</u>	<u>Gabyelly Fraize Cota</u>	17:00 às 19:00
02	<u>Valentina Vitória Gomes M.</u>	<u>Valentina Vitória Gomes M.</u>	17:00 às 19:00
03	<u>Emanuelle Vitória Rosa Vieira A.</u>	<u>Emanuelle Vitória Rosa</u>	17:00 às 19:00
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12	<u>Luana Vitória de Oliveira C.</u>	<u>Luana Vitória de Oliveira C.</u>	08:00 às 10:00
13	<u>Sophia Mara Fernandes</u>	<u>Sophia Mara Fernandes</u>	08:00 às 10:00
14	<u>Ryane Julia de Oliveira C.</u>	<u>RYANE JULIA PE OLIVEIRA CONSTANTINO</u>	08:00 às 10:00
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Jana Luísa  
 Assinatura do monitor (a)

Luana  
 Assinatura da Coordenadora



*(Handwritten mark)*



Associação Metodista Assistência Social de João Monlevade (AMAS)  
Controle de Chamada e Frequência

Data: 25/10/2022

Oficina: Bali

Monitor (a): Ana Luiza Aguiar  
Nome Completo

Horário

Assinatura Assinatura do monitor(a)  
RIVANE JÚLIA DE OLIVEIRA CONSTANTINO  
Luana Vitória de Oliveira Peixoto 08:00 às 10:00  
Sophia Mara Fernandes 08:00 às 10:00  
Beatriz Soares de Jesus 08:00 às 10:00

Nº  
01 RIVANE JÚLIA DE OLIVEIRA  
02 Luana Vitória de Oliveira Peixoto  
03 Sophia Mara Fernandes  
04 Beatriz Soares de Jesus  
05  
06  
07  
08  
09  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20

Ana Luiza Aguiar  
Assinatura do monitor(a)

Assinatura da Coordenadora



Handwritten mark

Data: 28 / 10 / 2022

Oficina: Bali		Monitor (a): Ana Luísa Aguiar	
Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Suana Vitória de Oliveira P.	Suana Vitória de Oliveira Castro	08:00 às 10:00
02	Ryane Júlia de Oliveira C	RYANE JÚLIA DE OLIVEIRA C	08:00 às 10:00
03	Daphnia Mara Fernandes	Daphnia Mara Fernandes	08:00 às 10:00
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12	Gabyelly Araújo Costa	Gabyelly Araújo Costa	17:00 às 19:00
13	Ana Júlia da Silva Machado	Ana Júlia da Silva Machado	17:00 às 19:00
14	Maria Carolina Silva	MARCEL LACHIA	17:00 às 19:00
15			
16			
17			
18			
19			
20			

*Marta*  
Assinatura da Coordenadora

*Ana Luísa Aguiar*  
Assinatura do monitor (a)



*[Handwritten mark]*

Nº DO CONTRATO: \_\_\_\_\_



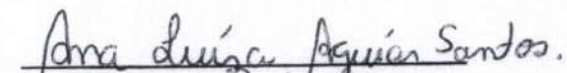
### FOLHA DE PONTO

CONTRATANTE: Associação Metodista A. Social	CNPJ: 07.119.710/0001-84
ENDEREÇO: R. Virgílio Lima 97 Camerinhos - João Monlevade	
CONTRATADO: Ana Luiza Aguiar	CNPJ: 25.402.418/0001-56
FUNÇÃO: Professora B.lli	MÊS/ANO: Outubro/2022

DATA	DIA DA SEMANA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA
1						
2						
3						
4	Terça-Feira	08:00	10:00			Ana Luiza A.S
5						
6						
7	Quarta-Feira	08:00	10:00	17:00	19:00	Ana Luiza A.S
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18	Terça-Feira	08:00	10:00			Ana Luiza A.S
19						
20						
21	Quarta-Feira	08:00	10:00	17:00	19:00	Ana Luiza A.S
22						
23						
24						
25	Terça-Feira	08:00	10:00			Ana Luiza A.S
26						
27						
28	Quarta-Feira	08:00	10:00	17:00	19:00	Ana Luiza A.S
29						
30						
31						

Total de Horas Trabalhadas: 18h

  
Contratante

  
Contratado

Associação Metodista de Assistência Social de JM






Registro fotográfico – aulas de Ballet







**CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAL**  
**MEI – MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL**

Pelo presente contrato de prestação de serviços, de um lado, **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JOÃO MONLEVADE-AMAS**, CNPJ: 07.119.710/0001-84, situada na Rua Virgílio Lima, nº 97, Carneirinhos, João Monlevade, CEP 35930-037, e-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com), neste ato representada por seu representante legal, Sr. Edson Aparecido da Silva, CPF 792.443.606-59 doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado **SÁVIO JÚNIOR TEIXEIRA SILVA 12368643605, MEI – inscrito no CNPJ 29.431.931/0001-26**, neste ato representado por seu representante legal **SÁVIO JÚNIOR TEIXEIRA SILVA**, brasileiro, professor, portador do RG - MG 18 668 494, inscrito no CPF sob o nº - 123 686 436 05, telefone (31) 98880-4121, situada à Rua Ricardo Leite, nº 176, Bairro Nossa Senhora da Conceição, João Monlevade, MG, email [saviojuniorts@gmail.com](mailto:saviojuniorts@gmail.com) doravante denominado **PRESTADOR DE SERVIÇOS (MEI)** tem por justas e contratadas as cláusulas abaixo discriminadas:

**Cláusula 1ª. OBJETO DO CONTRATO**

1.1 - O presente contrato tem como objetivo a Ministração de aulas de taekwondo, 02 (dois) dias por semana, totalizando 04 (quatro) horas/aulas semanais. As aulas acontecerão na sede social da Associação Metodista de Assistência social - AMAS- situada à Rua Onofre Newton de Ambrósio nº84 Bairro Nova Esperança, João Monlevade- MG

**Cláusula 2ª. DA VIGÊNCIA**

2.1- A vigência do presente contrato será de 05/09/2022 a 30/04/2023, dando se por encerrado após o último dia, salvo em disposição contrária de ambas as partes.

**Cláusula 3ª. OBRIGAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS - MEI**

- R*
- 3.1- Realizar os serviços ora contratados, utilizando técnicas e materiais adequados e em número suficiente para a sua execução.
  - 3.2- Supervisionar, gerenciar e coordenar os alunos durante a ministração das aulas, zelando pela integridade física e mental de cada aluno participante das aulas.
  - 3.3- Fornecer à CONTRATANTE, mensalmente, lista de presença assinada pelos participantes, relatório de atividades desenvolvidas bem como todas as informações e esclarecimentos necessários sobre a ministração das aulas, frequência e desenvoltura dos alunos.
  - 3.4- Responsabilizar-se por todas as obrigações de natureza fiscal, administrativa, previdenciária, trabalhista e civil, decorrentes do presente CONTRATO.
  - 3.5- O PRESTADOR de SERVIÇOS se responsabiliza em caso danos/quebras ao espaço da AMAS durante a ministração das aulas.

3.6- É responsabilidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS a execução do serviço contratado. NÃO é permitido a contratação de terceiros.



#### **Cláusula 4ª. PAGAMENTOS e CONDIÇÕES**

4.1- Valor total das aulas será no importe de R\$ 4.200,00 (quatro mil e duzentos reais), pago mensalmente mediante o cronograma previamente acordado entre as partes.

4.2- O pagamento será conforme previsto pelo cronograma abaixo;

- **Setembro** - 16 aulas – R\$ 600,00 (seiscentos reais)
- **Outubro** - 18 aulas – R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)
- **Novembro** - 16 aulas – R\$ 600,00 (seiscentos reais)
- **Dezembro** - 06 aulas – 225,00 (duzentos e vinte e cinco reais)
- **Janeiro** - 14 aulas – R\$ 525,00 (quinhentos e vinte e cinco reais)
- **Fevereiro** - 12 aulas – R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais)
- **Março** - 18 aulas – R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)
- **Abril** - 12 aulas – R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais)

4.3- O pagamento será efetuado na conta bancária de titularidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS, qual seja: Banco Inter – 077; Savio Junior Teixeira Silva, CPF – 123.686.436-05, agência: 0001, conta: 17280787-5.

4.4 - O pagamento será efetuado via TED (transferência eletrônica), na conta do PRESTADOR DE SERVIÇOS mediante apresentação da NOTA FISCAL de SERVIÇOS.

4.5 - O pagamento do DAS é de responsabilidade do PRESTADOR DE SERVIÇOS, devendo o mesmo apresentar ao CONTRATANTE cópia da Guia de recolhimento e do pagamento do mesmo.

#### **CLÁUSULA 5ª. DA RESCISÃO CONTRATUAL**

5.1- O presente contrato encerra no dia 30/04/2023, podendo ser prorrogado havendo acordo entre as partes.

5.2 – A rescisão motivada por qualquer uma das partes, antes do término do contrato, deve ser comunicada por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

5.3 - Poderá o presente contrato ser rescindido sem o aviso prévio de 30 (trinta) dias, feito através de comunicação escrita, APENAS nos seguintes casos:

- Inadimplemento contratual por qualquer das partes;
- Não cumprimento da carga horária pelo prestador de serviço, prevista neste contrato.

Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de João Monlevade/MG.

E, por estarem de pleno acordo, assinam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.



JOÃO MONLEVADE, 02 DE SETEMBRO DE 2022.

João Gonçalves L. Silva  
ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JOÃO MONLEVADE

Sávio Júnior Teixeira Silva  
SÁVIO JÚNIOR TEIXEIRA SILVA

01-Testemunha: João Paulo Bonato de Luz CPF: 13462696610

02- Testemunha: Carla Junior do Nascimento CPF: 12977708696

R



DATA: 30/08/2022

### 1 - DADOS DA ENTIDADE

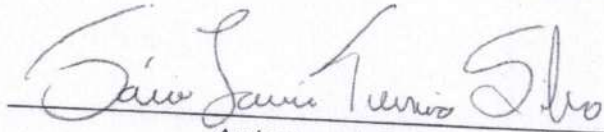
Nome: Associação Metodista de Assistência Social de João Monlevade - AMAS  
Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037  
CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: [amas.monlevade@Gmail.com](mailto:amas.monlevade@Gmail.com)

### 2 - DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: Sérgio Junior Teixeira Silva  
Endereço: R. Luiz Prandini nº 953 apto 9013. N. da Conceição - J. Monlevade  
CPF: 123 686 436 05 / 29 431 931 0001-26 Telefone: (31) 98880 4121

### ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VR. UNITÁRIO	VR. TOTAL
Ministração de aulas de Taekwondo	R\$ 37,50 hora/aula	4.200,00
TOTAL GERAL:		R\$ 4.200,00

  
Assinatura do Responsável

k



DATA: 29/08/2022

**1 - DADOS DA ENTIDADE**

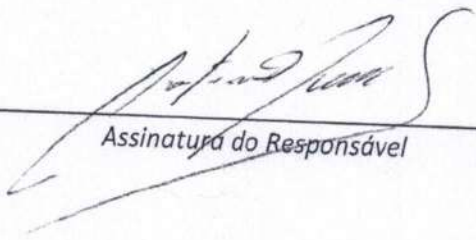
Nome: Associação Metodista de Assistência Social de João Monlevade - AMAS  
Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037  
CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: amas.monlevade@Gmail.com

**2 - DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome: ANTONIO NUNES  
Endereço: AV ARMANDO FAJARDO 1380 Loura  
CPF: 426 659 576 04 Telefone: 992146124

**ORÇAMENTO**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VR. UNITÁRIO	VR. TOTAL
Ministração de aulas de Taekwondo	R\$ 40,00 hora/aula	R\$ 4.480,00
<b>TOTAL GERAL:</b>		<b>R\$ 4.480,00</b>

  
Assinatura do Responsável





DATA: 29 / 08 / 2022

**1 - DADOS DA ENTIDADE**

Nome: Associação Metodista de Assistência Social de João Monlevade - AMAS  
Endereço: Rua Virgílio Lima nº 97, Carneirinhos, João Monlevade/MG - CEP 35930-037  
CNPJ: 07.119.710/0001-84 E-mail: [amas.monlevade@gmail.com](mailto:amas.monlevade@gmail.com)

**2 - DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome: *Prof. Sérgio Sérgio Cabral Cavaleiro*  
Endereço: *Rua Casca de Ovo nº 159 B. I. Piranga*  
CPF: *456068816-04* Telefone: *987907542*

**ORÇAMENTO**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VR. UNITÁRIO	VR. TOTAL
Ministrações de aulas de Taekwondo	R\$ 50,00 hora/aula	R\$ 5600,00
TOTAL GERAL:		R\$ 5.600,00

*Sérgio Sérgio Cabral Cavaleiro*  
Assinatura do Responsável

*2*

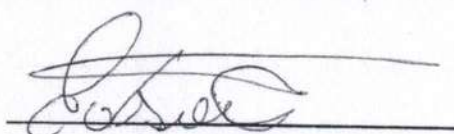


### FOLHA DE PONTO

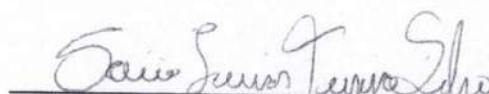
CONTRATANTE: Associação Metodista de Assistência Social	CNPJ: 07.119.710/0001-84
ENDEREÇO: R. Virgílio Lima nº 97 - Carneirinhos - João Monlevade	
CONTRATADO: Saulo Junior Tenório Silva	CNPJ: 29.431.931/0001-26
FUNÇÃO: Professor de Taekwondo	MÊS/ANO: Setembro / 2022

DAT A	DIA DA SEMANA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5	Segunda - Feira	17h	19h	SJS
6				
7				
8				
9	Terça - Feira	14h	16h	SJS
10				
11				
12	Quarta - Feira	17h	19h	SJS
13				
14				
15				
16	Quarta - Feira	14h	16h	SJS
17				
18				
19	Quinta - Feira	17h	19h	SJS
20				
21				
22				
23	Sexta - Feira	14h	16h	SJS
24				
25				
26	Segunda - Feira	17h	19h	SJS
27				
28				
29				
30	Terça - Feira	14h	16h	SJS
31				

Total de Horas Trabalhadas: 16



Contratante



Contratado

Associação Metodista de Assistência Social de JM



Ano: 2008	Monitor: Sônia Junior Teixeira Lima - Faelwando		Assinatura do Monit
	Data	Horário	
05/09	segunda	17h-18h	Sônia Junior
05/09	segunda	18h-19h	Sônia Junior
09/09	Sexta	14h-15h	Sônia Junior
09/09	Sexta	15h-16h	Sônia Junior
12/09	segunda	17h-18h	Sônia Junior
12/09	segunda	18h-19h	Sônia Junior
16/09	Sexta	14h-15h	Sônia Junior
16/09	Sexta	15h-16h	Sônia Junior
19/09	segunda	17h-18h	Sônia Junior
19/09	segunda	18h-19h	Sônia Junior
23/09	Sexta	14h-15h	Sônia Junior
23/09	Sexta	15h-16h	Sônia Junior

Sônia Junior

Assinatura do Monitor

Assinatura da Coordenadora

*(Handwritten mark)*







AMAS DE MONLEVADE – ATIVIDADES ESPORTIVAS E RECREATIVA

CONTROLE DE CHAMADA E FREQUENCIA

i: Paulo Roberto Modalidade: Atas manuais Data: 09/09/2022 Horário: 14 as 16h

or: David Gomes Pereira Núcleo:

Nome Completo	Assinatura do Aluno
Gabrielly Araújo Costa	<u>Gabrielly Araújo Costa</u>
Leticia Victoria Gomes Monteiro	<u>Letícia Victoria Gomes Monteiro</u>
Emmanuel Cristina Araújo Costa	<u>Emmanuel Cristina Araújo Costa</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>
Luiz Carlos dos Santos	<u>Luiz Carlos dos Santos</u>

Ocorrência



✓

Assinatura da coordenadora da Amas: [Signature]

Assinatura do Monitor: [Signature]

Oficina: Teambuilding Data: 12 / 09 / 2022

Monitor (a): Samuel Soares Ferreira Silva

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Raysson Felipe Fernandes	Raysson Felipe Fernandes	18h - 19h
02	Ruan Roberto José de Souza Santos	Ruan Roberto José de Souza Santos	18h - 19h
03	Kaue Soares da Silva	Kaue Soares da Silva	18h - 19h
04	Kauan Soares da Silva	Kauan Soares da Silva	18h - 19h
05	Emanuelle Priscilla Araujo Costa	Emanuelle Priscilla Araujo Costa	17h - 18h
06	Galvina Araujo Costa	Galvina Araujo Costa	17h - 18h
07	Pedro Gripp Fernandes	Pedro Gripp Fernandes	18h - 19h
08	Daniela Soares de Paula	Daniela Soares de Paula	18h - 19h
09	Leandro Soares da Silva Machado	Leandro Soares da Silva Machado	18h - 19h
10	Daniel Luiz Silva Costa	Daniel Luiz Silva Costa	18h - 19h
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora: [Assinatura]

Assinatura do monitor (a): [Assinatura]



Data: 16 / 09 / 2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Roberto Augusto Lota	Roberto Augusto Lota	14:00 hrs a 15h
02	Marcelo Soares da Silva	Marcelo Soares da Silva	15h a 16h
03	Paulo Sérgio da Silva	Paulo Sérgio da Silva	15h a 16h
04	João Luiz de Jesus Machado	João Luiz de Jesus Machado	15h a 16h
05	Daniel Luiz Soares de Faria	Daniel Luiz Soares de Faria	15h a 16h
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor (a)



Oficina: <u>Aukwanda</u>		Data: <u>19 / 09 / 2022</u>	
Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Emmanuel bustano Jacopo Lota	Emmanuel Cristiane Bastos Jacopo Lota	17h a 18h
02	Emmanuel Jacopo Lota	Emmanuel Jacopo Lota	17h a 18h
03	Valtério Vitorino Gomes Monteiro	Valtério Vitorino Gomes Monteiro	
04	Raysson Felipe Fernandes	Raysson Felipe Fernandes	18h - 19h
05	Rayson Soares da Silva	Rayson Soares da Silva	18h - 19h
06	Rayson Soares da Silva	Rayson Soares da Silva	18h - 19h
07	Pedro Gripp Fernandes	Pedro Gripp Fernandes	18h - 19h
08	Davi Lucas Soares de Paula	Davi Lucas Soares de Paula	18h - 19h
09	Severino Soares da Silva Machado	Severino Soares da Silva Machado	18h - 19h
10	Daniel Luiz Silva Lota	Daniel Luiz Silva Lota	18h - 19h
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora: [Signature]  
 Assinatura do monitor (a): [Signature]

[Handwritten mark]

Oficina: Tekunonda Data: 28 / 09 / 2022

Monitor (a): Sânio Soares Teunio Silveo

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Emmanuel Gustavo Franco Neto	Emmanuel Gustavo Franco Neto	14h - 15h
02	Galvanielly Franco Neto	Galvanielly Franco Neto	14h - 15h
03	Valdiney Vitor Soares Martins	Valdiney Vitor Soares Martins	14h - 15h
04	João Lucas de São Nicolau	João Lucas de São Nicolau	15h - 16h
05	Kaizque Soares de Silva	Kaizque Soares de Silva	15h - 16h
06	Kennia Soares de Silva	Kennia Soares de Silva	15h - 16h
07	Davi Lucas Soares de Paulo	Davi Lucas Soares de Paulo	15h - 16h
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura da Coordenadora

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura do monitor (a)

*[Handwritten mark]*

Data: 26 / 09 / 2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Valentino Vitorino Gomes Monteiro	Valentino Monteiro	17h às 19h
02	Emmanuel Aquino Araujo Costa	Emmanuel Araujo Costa	17h às 19h
03	Sociedade Lucas do Sul, Machado	Gabriel Araujo Costa	18h às 19h
04	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Kaizue Soares do Silva	18h às 19h
05	Kaizue Soares do Silva	Kaizue Soares do Silva	18h às 19h
06	Gabriel Araujo Araujo Costa	Lucas Soares do Silva	17h05 às 18h
07	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Kaizue Soares do Silva	18h às 19h
08	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Luiz Carlos de Jesus, Machado	18h às 19h
09	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Luiz Carlos de Jesus, Machado	18h às 19h
10	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Luiz Carlos de Jesus, Machado	18h às 19h
11	Luiz Carlos de Jesus, Machado	Luiz Carlos de Jesus, Machado	18h às 19h
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor (a)



Handwritten mark






V

Oficina: Talimundo Data: 30 / 09 / 2022

Monitor (a): Sara Serrão Teixeira Silva

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Valentim Vieira Serrão Moura	Valentina Vitória Gomes	14h as 15h
02	Francine Lustina Prings da	Francine Serrão Prings da	14h as 15h
03	Estrela Prings da	Estrela Prings da	14h as 15h
04	Waldemar da Silva Machado	Silvia da Silva Machado	15h as 16h
05	Luiz Serrão da Silva	Luiz Serrão da Silva	15h as 16h
06	Luiz Serrão da Silva	Luiz Serrão da Silva	15h as 16h
07	Dani Lucas Serrão de Paula	Dani Lucas Serrão de Paula	15h as 16h
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

<u>Sara Serrão</u> Assinatura da Coordenadora	 Assinatura do monitor (a)
--	--

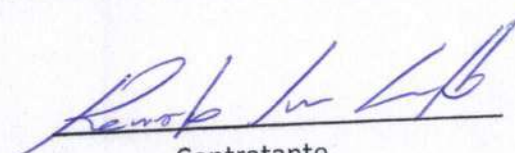


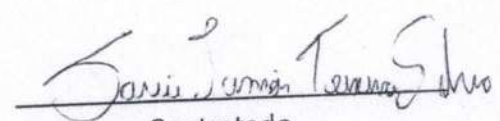
# FOLHA DE PONTO

CONTRATANTE: Associação Metodista - AMAS	CNPJ: 07119710/0001-84
ENDEREÇO: R. Virgílio Lima 97 - bairro Carneirinhos	João Monlevade
CONTRATADO: Santos Sumi Teramã Silva	CNPJ: 29431931/0001-26
FUNÇÃO: Aulas de Taijwondo	MÊS/ANO: outubro/2022

DAT A	DIA DA SEMANA	ENTRADA	SAÍDA	ASSINATURA
1				
2				
3	Segunda	17h	19h	[Assinatura]
4				
5				
6				
7	Quarta	14h	16h	[Assinatura]
8				
9				
10	Quarta	17h	19h	[Assinatura]
11				
12				
13				
14	Quarta	14h	16h	[Assinatura]
15				
16				
17	Segunda	17h	19h	[Assinatura]
18				
19				
20				
21	Quarta	14h	16h	[Assinatura]
22				
23				
24	Segunda	17h	19h	[Assinatura]
25				
26				
27				
28	Quarta	14h	16h	[Assinatura]
29				
30				
31	Segunda	17h	18h	[Assinatura]

Total de Horas Trabalhadas: 18

  
Contratante

  
Contratado

Ano: 2022 | Monitor: Sra. Sônia Tereza Silva | Atividades Realizadas: Psicologia | Assinatura do Monitor: [Signature]

Ano	Data	Dia da Semana	Horário	Atividades Realizadas	Assinatura do Monitor
23/10/22	Segunda		17h as 19h	alongamento, fortalecimento, respiração, técnicas de respiração e postura	[Signature]
23/10/22	Segunda		19h as 21h	alongamento, fortalecimento, respiração, técnicas de respiração e postura	[Signature]
27/10/22	Quarta		14h as 15h	alongamento, fortalecimento, respiração, técnicas de respiração e postura	[Signature]
27/10/22	Quarta		15h as 16h	alongamento, fortalecimento, respiração, técnicas de respiração e postura	[Signature]
10/10/22	Segunda		17h as 18h	aquecimento com atividades lúdicas, êxito em seguir as instruções	[Signature]
10/10/22	Segunda		18h as 19h	aquecimento, com atividades lúdicas, êxito em seguir as instruções	[Signature]
11/10/22	Quarta		14h as 15h	aquecimento, luta, trabalho de respiração física	[Signature]
11/10/22	Quarta		15h as 16h	aquecimento, luta, trabalho de êxito, respiração física	[Signature]
17/10/22	Segunda		17h as 19h	aquecimento; alongamento, técnicas de luta para competição	[Signature]
17/10/22	Segunda		18h as 19h	aquecimento; alongamento, técnica de luta para competição	[Signature]
21/10/22	Quarta		14h as 15h	aquecimento com atividades de respiração; êxito em seguir as instruções	[Signature]
21/10/22	Quarta		15h as 16h	aquecimento com atividades de respiração; êxito em seguir as instruções	[Signature]

Assinatura da Coordenadora: [Signature] | Assinatura do Monitor: [Signature]

22



Data: 03 / 10 / 2024

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
Oficina: <u>Techwear</u>			
Monitor (a): <u>Guilherme Ferreira Silva</u>			
01	Valentina Vitória Peres Martins	Valentina Vitória Peres Martins	17h às 18h
02	Emmanuel Bastião Araújo Costa	Emmanuel Bastião Araújo Costa	17h às 18h
03	Galvanyelly Araújo Costa	Galvanyelly Araújo Costa	17h às 18h
04	Maria Cecília Soares da Silva	Maria Cecília Soares da Silva	15h às 19h
05	João Lucas de Jesus Machado	João Lucas de Jesus Machado	18h às 19h
06	Kaugine Soares de Jesus	Kaugine Soares de Jesus	18h às 19h
07	Kauam Soares de Jesus	Kaugine Soares de Jesus	18h às 19h
08	Dani Luiza Soares de Paula	Dani Luiza Soares de Paula	18h às 19h
09	Kauãem Pedro Pub Santos	Kauãem Pedro Pub Santos	18h às 19h
10	Paraná Luiz Moura Costa	Paraná Luiz Moura Costa	18h às 19h
11	Wallison Luiz de Souza	Wallison Luiz de Souza	18h às 19h
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

[Assinatura]  
 Assinatura do monitor (a)

[Assinatura]  
 Assinatura da Coordenadora

[Assinatura]

Data: 07/10/2022

Oficina: Tarkuando		Assinatura		Horário	
Monitor (a): Gócio Luiz Ferraz Silva					
Nº	Nome Completo				
01	Valerelly Duarte Costa	Valerelly Araújo Costa		14 h	02 - 15 h
02	Valentim Henrique Pereira Costa	Valentim Henrique Pereira Costa		14 h	02 - 15 h
03	Emmanuel Cristiano Frays Costa	Emmanuel Cristiano Frays Costa		14 h	02 - 15 h
04	Franque Soares de Melo	Franque Soares de Melo		15 h	02 - 16 h
05	Kennan Soares de Melo	Kennan Soares de Melo		15 h	02 - 16 h
06	Rafael Felipe Fernandes	Rafael Felipe Fernandes		15 h	02 - 16 h
07	Paulo Luiz Soares de Melo	Paulo Luiz Soares de Melo		15 h	02 - 16 h
08	Wallison Luiz Melo de Carvalho	Wallison Luiz Melo de Carvalho		15 h	02 - 16 h
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura da Coordenadora

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura do monitor (a)



*[Handwritten mark]*

Data: 10 / 10 / 2022

Oficina: Tachunã  
 Monitor (a): Geni Jane Terezi Silva

Horário

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Valentina Vitoria Gomes Monteiro	Valentina Vitoria Gomes M	17h as 18h
02	Gabryelle Françoise Costa	Gabryelle Françoise Costa	17h as 18h
03	Emmanuel Justino Françoise Costa	Emmanuel Justino Françoise Costa	17h as 18h
04	Kauque Soares da Silva	Kauque Soares da Silva	18h as 19h
05	Kevim Soares da Silva	Kevim Soares da Silva	18h as 19h
06	Daniel Luiz Silva Costa	Daniel Luiz Silva Costa	18h as 19h
07	Wellerson Luiz Silva de Lencastre	Wellerson Luiz Silva de Lencastre	18h as 19h
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor (a)



R

Data: 14 / 10 / 2002

Oficina: Tatuamonde  
 Monitor (a): Sécio Jesus Serviço Sécio

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Emmanuel Coutinho Araujo Costa	Emmanuel Coutinho Araujo Costa	14h as 15h
02	Galeryelly Araujo Costa	Galeryelly Araujo Costa	14h as 15h
03	Felipe Ferrnandes	Felipe Ferrnandes	14h as 16h
04	Karim Soares da Silva	Karim Soares da Silva	14h as 16h
05	Keniger Soares da Silva	Keniger Soares da Silva	14h as 16h
06	Wellington Luiz Silva de Lencastre	Wellington Luiz Silva de Lencastre	15h as 16h
07	Daniel Luiz Silva Costa	Daniel Luiz Silva Costa	15h as 16h
08	Ephraim Araujo Costa Sordade	Ephraim Araujo Costa Sordade	15h as 16h
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora:   
 Assinatura do monitor (a): 









Data: 11 / 10 / 2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Kauiá Soares da Silva	Kauiá Soares da Silva	14:00 a 16:00
02	Kassian Pinheiro Pires Santos	Kassian Pinheiro Pires Santos	14:00 a 16:00
03	Kenique Soares da Silva	Kenique Soares da Silva	15:00 a 16:00
04	Galvina Krup da Silva	Galvina Krup da Silva	14:00 a 16:00
05	Ualisson Luiz Silva de Carmo	Ualisson Luiz Silva de Carmo	14:00 a 16:00
06	Thaysen Lélis Ferraz	Thaysen Lélis Ferraz	15:00 a 16:00
07	João Lucas da Silva Machado	João Lucas da Silva Machado	14:00 a 16:00
08	Daniela Soares de Paula	Daniela Soares de Paula	
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura da Coordenadora

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura do monitor (a)



*[Handwritten mark]*

Data: 24 / 10 / 2022

Oficina: Tekunonda  
Monitor (a): Servio Junior Tenorio Silva

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Emmanuel Custodio Soares Lata	Emmanuel Custodio Soares Lata	17h a 18h
02	Emmanuel Soares Lata	Emmanuel Soares Lata	17h a 19h
03	Emmanuel Soares Lata	Emmanuel Soares Lata	17h a 19h
04	Kassim Soares da Silva	Kassim Soares da Silva	17h a 19h
05	Kassim Soares da Silva	Kassim Soares da Silva	17h a 18h
06	Daniel Luiz Alves Machado	Daniel Luiz Alves Machado	17h a 19h
07	João Lucas da Silva Machado	João Lucas da Silva Machado	17h a 19h
08	Dani Lucas Soares da Paula	Dani Lucas Soares da Paula	18h a 19h
09	Kassim Soares da Silva	Kassim Soares da Silva	18h a 19h
10	Dado Guio Ferraz	Dado Guio Ferraz	17h a 19h
11	Walter Soares da Silva	Walter Soares da Silva	17h a 19h
12	Walter Soares da Silva	Walter Soares da Silva	17h a 19h
13	Walter Soares da Silva	Walter Soares da Silva	
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor (a)



*(Handwritten mark)*

Data: 28 / 10 / 2022

Oficina: Tabuleiro

Monitor (a): Soraia Durval Teixeira Silva

Nome Completo

Horário

14h as 15h

Assinatura

Soraia Durval Teixeira Silva

01 Soraia Durval Teixeira Silva

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Assinatura da Coordenadora

Assinatura do monitor (a)



2



Associação Metodista Assistente Social de João Monlevade (AMAS)  
Controle de Chamada e Frequência

Data: 31 / 10 / 2022

Nº	Nome Completo	Assinatura	Horário
01	Walderson Luis Silva de Carvalho	Walderson Luis Silva de Carvalho	18h 02 19h
02	Dani Lucas Soares de Paula	Dani Lucas Soares de Paula	18h 02 19h
03	Rhyan Alesterson	Rhyan Alesterson	18h 02 19h
04	Caio Pedro Reis Santos	Caio Pedro Reis Santos	18h 02 19h
05	Kaiguer Soares de Jesus	Kaiguer Soares de Jesus	18:30h 02 19h
06	Kauani Soares de Jesus	Kauani Soares de Jesus	18:30h 02 19h
07	Walderson Felipe Fernandes	Walderson Felipe Fernandes	18h 02 19h
08	Pedro Gipe Fernandes	Pedro Gipe Fernandes	18h 02 19h
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Assinatura da Coordenadora

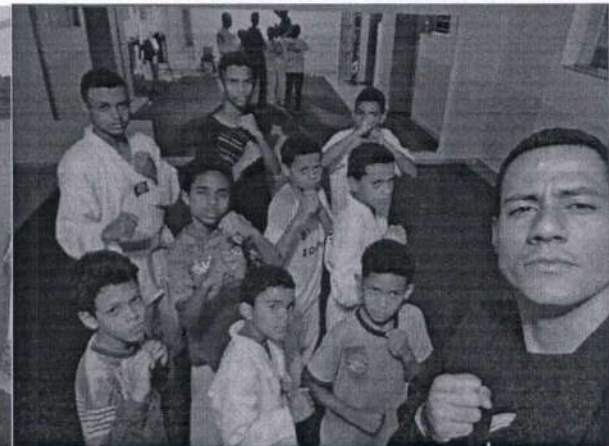
Assinatura do monitor (a)



12



Registro fotográfico do Taekwondo



*R*



Associação Metodista de Assistência Social

FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rayssa Fernandes de Souza Sexo:  Masculino  Feminino

Data Nasc.: 14/05/2012 Cert. Nasc. Termo:          Folha:          Livro:         

C. Ident. nº: 146.661.06688 Nacionalidade: Bras

Endereço: Rua/Av: R. Onze de Abril nº: 34 Bairro: Jana Esperança

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Lyssara da Conceição Fernandes Data Nasc.:          /          /         

C. Ident. nº: 116.249.848 Ocupação: do lar Tel.:          /          /         

Pai: Mãe Ausente de tempo Data Nasc.:          /          /         

C. Ident. nº:          Ocupação: intrigada Tel.:          /          /         

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros: avó (H. Marinha) Data Nasc.: 17/09/1955 Tel.: 9.870.2356

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: 1

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*R*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual:

Em caso de emergência, falar com: a avó Tel: (31) 987612356

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Regina Grau:  1º  2º

Turma: 5º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Rayssa Fernandes de Souza  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Mara da Conceição grande

*K*

En. do RG, LM, Pel





CÓDIGO DE CONTROLE  
8FE9.1CFA.2BB4.A829



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:11:39 do dia 28/02/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
7EB0.E6C7.6294.2224



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:55:39 do dia 15/03/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POE EAP. OPRETO



*Monica da Costa Almeida*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*2*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-17.715.524 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2008

NOME MARIA DA CONCEICAO FERNANDES

FILIAÇÃO PEDRO RABELO CHAVES MARIA JUSTINA TIBURCIA

NATURALIDADE SÃO PEDRO DOS FERROS-MG DATA DE NASCIMENTO 17/9/1955

DOC. ORIGEM CAS. LV-15B FL-163V

CPF P11-1344

ASSINATURA DO DIRETOR NILMA S. REIS SANTOS

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

1. VIA

 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
044.002.306-86

Nome  
MARIA DA CONCEICAO FERNANDES

Nascimento  
17/09/1955

 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
176.661.066-88

Nome  
RAYSSA FERNANDES DE SOUZA

Nascimento  
17/05/2012

R



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**RAYSSA FERNANDES DE SOUZA**

MATRÍCULA:

**0360530155 2012 1 00087 005 0049766 11**



ISENTO  
FEQ 28848

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSÃO

dezessete de maio de dois mil e doze

DIA MÊS ANO

17/05/2012

HORA

22:25

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA  
FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

FILIAÇÃO

MARCO AUBÉLIO DE SOUZA  
LUSSARA DA CONCEIÇÃO FERNANDES DE SOUZA

AVÓS

GERALDO JESUS DE SOUZA e MARIA DAS GRACAS SOUZA  
JOSÉ FRANCISCO FERNANDES e MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSÃO

dezessete de maio de dois mil e doze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO  
DE NASCIMENTO

036053015527

OBSERVAÇÕES/VERIFICAÇÕES

SELO: AEG22848. Encadernados IFS ISENTA

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Substituta: Carolina Tamires Borges Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carreirinhos  
João Monlevade - MG Tel: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 18 de maio de 2012

Assinatura da Oficial

Luís Júnio Mota

Escrivão

Registro de João Monlevade  
do Registro Civil das Pessoas Naturais





Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Kauan Pires Santos* Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: *04/05/2013* Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: *192.947626-97* Naturalidade: *João monlevade* Nacionalidade: *Bra*  
Endereço: Rua/Av: *Rua Inope Nubem Anubio nº: 71* Bairro: *Novo Esperança*

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: *Joyce Cristina de Paula Santos* Data Nasc.: *08/02/1997*  
C. Ident. nº: *56647030* Ocupação: *do lar* Tel.: *31991463178*  
Pai: *Raiz Pires Aparecido* Data Nasc.: *20/06/1994*  
C. Ident. nº: *142553366-36* Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros:

Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: *5*

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem: \_\_\_\_\_





### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: *Aspirina*

Em caso de emergência, falar com: *A Mãe* Tel: *31 99146 3178*

### DADOS ESCOLARES

Escola: *Guimarães Laranjeira*

Grau:  1º  2º

Turma: *4º ano* Período:  Manhã  Tarde  Noite

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) *Kauan Pietro Pires Santos*

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro:

Assinatura Responsável: *Joyce Cristina de Paula Santos*



 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**192.247.626-97**

Nome  
**KAUAN PIETRO PIRES SANTOS**

Nascimento  
**04/05/2013**

*R*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.647.030-07/AGO/2012

JOYCE CRISTINA DE PAULA SANTOS

ALEX VERSIANI SANTOS

E VALKÍRIA DE PAULA

JOÃO MONLEVADE - MG 08/FEV/1997

JOÃO MONLEVADE - MG

JOÃO MONLEVADE

CN: LV.A065/FLS.0148/N.032944

103032586/32

177 Delegado Divisionário

Roberto

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTeira DE IDENTIDADE

JOYCE CRISTINA DE PAULA SANTOS

PROIBIDO PLASTIFICAR

PROIBIDO APREENDER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**KAUAN PIETRO PIRES SANTOS**



Selo de Fiscalização

MATRÍCULA:

0360530155.2013 1 00088 266 0050888 23

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

- DIA MÊS ANO

quatro de maio de dois mil e treze

04/05/2013

HORA

MUNICIPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

13:52

João Monlevade - MG

MUNICIPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

João Monlevade - MG

Hospital Margarida

masculino

FILIAÇÃO

R. IV PIRES APARECIDO  
JOYCE CRISTINA DE PAULA SANTOS

AVÓS

MARIA DE FATIMA  
ALEX VERSIANI SANTOS e VALKIRIA DE PAULA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

seis de maio de dois mil e treze

30-61892520-3

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NÃO HÁ. // SELO: AFB96262. Emotumantou/TFJ:ISENTA

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Avenida Getúlio Vargas, 4133 - Carmeinhos  
João Monlevade - MG Tel: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe. João  
Monlevade - MG, 06 de maio de 2013

Assinatura da Oficial

Andresa Pâmela de Souza  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais





Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Rhyan Alcântara Souza Conceição</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.: <u>19/04/2010</u>	Cert. Nasc. Termo: _____ Folha: _____ Livro: _____
C. Ident. nº: <u>MG. 22.574.133</u>	Naturalidade: <u>João Montevide</u> Nacionalidade: <u>Bras.</u>
Enderço: <u>Rua/Av: Rua 04</u>	Nº: <u>01</u> Bairro: <u>Nova Esperança</u>
	<u>J.MDE</u>

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: <u>Francine de Souza Cabral</u>	Data Nasc.: <u>09/10/1979</u>
C. Ident. nº: <u>MG. 10.643.765</u>	Ocupação: <u>Emp. Limpeza</u> Tel.: <u>3198730 2854</u>
Pai: <u>Thiago Teixeira Conceição</u>	Data Nasc.: <u>02/11/1980</u>
C. Ident. nº: _____	Ocupação: <u>Soldador</u> Tel.: <u>3198666 9511</u>
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:	
<input checked="" type="checkbox"/> Com os Pais <input type="checkbox"/> Somente com o Pai <input type="checkbox"/> Somente com a Mãe	
<input type="checkbox"/> Outros: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Tel: _____	
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: <u>3</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Outros – Quem: _____	



*(Handwritten mark)*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: *dermatite atópica*

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual:

Em caso de emergência, falar com: *a avó (M. Fia)* Tel: *31 985380238*

**DADOS ESCOLARES**

Escola: *Centro Educacional*

Grau:  1º  2º

Turma: *7º Ano* Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) *Rhyan Alcântara Souza Almeida*

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: *Suzana de Souza Sousa*

*R*

Eu, *[assinatura]* do RG *MG* do meu filho fins de div cartazes, por temp que eu c





*R*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Phygon Alcantara de Souza Lenciciga*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Evonice de Souza Rabel*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CV-20



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-22.574.133 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/10/2017

NOME RHYAN ALCANTARA SOUZA CONCEICAO

FILIAÇÃO THIAGO TEIXEIRA CONCEICAO  
IVANISE DE SOUZA CABRAL

NATURALIDADE JOAO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 19/4/2010

DOC. ORIGEM NASC. LV-83 FL-150

CPF 165344596-39

PII 3008 LETICIA BAPTISTA GAMBOSE REIS ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 1 VIA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-10.673.765 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/05/2000

NOME IVANISE DE SOUZA CABRAL

FILIAÇÃO PAULO ABELARDE CABRAL  
GERALDA MARIA DE JESUS A. CABRAL

NATURALIDADE JOAO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 9/10/1979

DOC. ORIGEM NASC. LV-42A FL-262V

CPF 165344596-39

PII 1963 LETICIA BAPTISTA GAMBOSE REIS ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 2.V

re



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Daniel Luiz Silva Costa			Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.:	14/07/2010	Cert. Nasc. Termo:	47867	Folha:	255 Livro: 083A
C. Ident. nº:	Naturalidade: J. Monlevade Nacionalidade: Bras.				
Endereço: Rua/Av:	Onofre J. Imbrósio Nº: 186/A Bairro: N. Esperança				

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe:	Gene Kerlel Aparecida Silva Costa		Data Nasc.:	02/10/1992	
C. Ident. nº:	18656663	Ocupação:	Sociedade		
Pai:	Cláudio Luiz Araújo Costa		Data Nasc.:	04/08/1981	
C. Ident. nº:	12638648	Ocupação:	Pedreiro		
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Com os Pais <input type="checkbox"/> Somente com o Pai <input type="checkbox"/> Somente com a Mãe					
<input type="checkbox"/> Outros: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Tel.: _____					
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:					
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Outros – Quem:					



R

### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Yane Tel: 991260978

### DADOS ESCOLARES

Escola: Univ. Educacional

Turma: 6º Anos Período:  Manhã  Tarde  Noite Grau:  1º  2º

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Daniel Luiz Silva Costa  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã  
 Outro: \_\_\_\_\_


Assinatura Responsável: Yane Kerley Azevedo da Silva Costa

*R*



Eu, Yane do RG 1519 do meu filho Yane pelos fins de divu- cartazes, rec- por tempo i- que eu con- devendo m- contar do i-



  
Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**122.670.536-75**

Nome  
JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA

Nascimento  
02/10/1992



*R*



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE JOÃO MONLEVADE  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
**DANIEL LUIZ SILVA COTA**  
MATRÍCULA:  
0360530155 2010 1 0 083 255 0047867 48

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO: quatorze de julho de dois mil e dez  
DIA MÊS ANO: 14/07/2010

HORA: 15:58  
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: João Monlevade MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: João Monlevade - MG  
LOCAL DE NASCIMENTO: Hospita. Margarida  
SEXO: masculino

FILIAÇÃO: GERCIANO LUIZ ARAUJO COTA  
JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA

AVÓS: JOSE PEDRO COTA e VITALINA ARAUJO COTA  
ISRAEL LOURENÇO DA SILVA e ANA APARECIDA DA SILVA

GÊMEO: NÃO  
NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S): xxxxxxxxxxxx

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO: quinze de julho de dois mil e dez  
NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: 30-50797859-7

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES: SELO: ADS07056 Emolumentos: Isentos  
Livro: 083 A. Fis.: 255 V. Termo: 47867

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133 Carneirinhos  
João Monlevade - MG  
(31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 15 de julho de 2010

Assinatura do Oficial  
*Carla Borges Gonçalves*  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais







Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTÉ: WWW.MTE.GOV.BR

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 152.74265.27-1

NÚMERO 9185856 SERIE 0030 UF MG

*Jane Kerlei Aparecida da Silva Cota*

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



**JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA**  
 FILIAÇÃO: ISRAEL LOURENÇO DA SILVA  
 ANA APARECIDA DA SILVA  
 NASCIMENTO: 02/10/1992 SEXO: FEMININO  
 ESTADO CIVIL: CASADO  
 NATURALIDADE: SÃO DOMINGOS DO PRATA - MG  
 DOCUMENTO: C. I. MG - 18.656.665.24/062010 PC-MG  
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
 CPF: 122.670.536-75 CNH: SEÇÃO:  
 TIT. ELEITOR: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/MG - 08/12/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

**LEGENDA**  
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
 B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Pedro Guipó Fernandes			Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.:	01/08/2014	Cert. Nasc. Termo:		Folha:	Livro:
C. Ident. nº:	11621109226	Naturalidade:	J. Monlevade	Nacionalidade:	Bras
Endereço:	Rua/Av: R. Orosio Nº: 34 Bairro: Nova Esperança				

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe:	Jovanna Nascimento Fernandes		Data Nasc.:	20/03/1980
C. Ident. nº:	1162090248	Ocupação:	aux. administrativo	Tel.: 986491709
Pai:	Renato Francisco Fernandes		Data Nasc.:	18/04/77
C. Ident. nº:	11610210954	Ocupação:	Instrutor C.F.C.	Tel.: 986836999
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:				
<input checked="" type="checkbox"/> Com os Pais	<input type="checkbox"/> Somente com o Pai	<input type="checkbox"/> Somente com a Mãe		
<input type="checkbox"/> Outros:	Data Nasc.: ____/____/____ Tel: _____			
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:				
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/> Tio/Tia	<input type="checkbox"/> Avó/Avó	<input type="checkbox"/> Primos/Primas	<input type="checkbox"/> Outros - Quem:



*k*

SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: os pais Tel:

DADOS ESCOLARES

Escola: Colégio Helyne

Grau:  1º  2º

Turma: B. A. W. Período:  Manhã  Tarde  Noite

AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Pezo Grig Fernandes

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro:

Assinatura Responsável: Tayana Nascimento Fernandes



Eu, M. T. do RG M. T. do meu filho M. T. pela AMAS fins de divul cartazes, red por tempo in





# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**PEDRO GRIJÓ FERNANDES**

MATRÍCULA:

**0360530155 2014 1 00091 117 0052391 76**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO: primeiro de agosto de dois mil e quatorze  
DIA MÊS ANO: 01/08/2014

HORA: 00:30  
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO: João Monlevade-MG  
LOCAL DE NASCIMENTO: Hospital Margarida  
SEXO: masculino

FILIAÇÃO: RENATO FRANCISCO FERNANDES  
TAYANNA NASCIMENTO FERNANDES

AVÓS: JOSÉ FRANCISCO FERNANDES e MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES  
SANDRE MARQUES DE OLIVEIRA e DULCINÉIA NASCIMENTO OLIVEIRA

GÊMEO: NÃO  
NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S): NÃO CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO: primeiro de agosto de dois mil e quatorze  
NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO: 30-66244073-2

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES: NÃO HÁ. // SELO: AFR26782. Emolumentos/TFJ:ISENTA

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rose Maria Bedetti Frade Tavares  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade-MG Tel.: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. João Monlevade-MG, 01 de agosto de 2014

*Assinatura da Oficial*

Andresa Pâmela de Souza  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais



AB 0582986



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**147.853.576-81**

Nome  
**PEDRO GRIJO FERNANDES**

Nascimento  
**01/08/2014**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: MG-21.129.226  
 DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/12/2014

Nome: PEDRO GRIJO FERNANDES

RG: 147.853.576-81

NASC. LV-91 FL-117  
 1/8/2014

JOAO MONLEVADE-MG

DOO ORIGEM: JOAO MONLEVADE-MG

OPF: JOAO MONLEVADE-MG

LETICIA ALESSI MACHADO ROGEDO  
 ARSINATUARIA DO DIRETOR

LEIN 7.116-DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

2255203601

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2255203601

DOC. ENTORQUE / ORG. FISCAL BR: M9090248 SSP MG

CPF: 056.377.566-19  
 DATA NASCIMENTO: 20/03/1980

ENDEREÇO: SANDRE MARQUES DE OLIVEIRA  
 OLIVEIRA DULCINEIA NASCIMENTO  
 OLIVEIRA

PRIMEIRO: ACQ  
 SEGUNDO: AD

VALIDADE: 26/10/2025  
 1ª EMISSÃO: 04/09/2009

LOCAL: JOAO MONLEVADE MG  
 DATA EMISSÃO: 19/07/2021

ASSINATURA DO EMISSOR: 08081908816  
 ASSINATURA DO PORTADOR: [Signature]

MINAS GERAIS



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emanuelli Quintini Graziop Cota Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 05/09/2012 Cegt. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Bras  
Endereço: Rua/Av: Onofre N. Imbrosio Nº: 186-A Bairro: J. Esperança

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Gene Kelle Aparecida Silva Cota Data Nasc.: 02/10/1992  
C. Ident. nº: MG 18 656 668 Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: 99126 0978  
Pai: Glaciano Luiz Graziop Cota Data Nasc.: 04/08/1981  
C. Ident. nº: 12.638.648 Ocupação: pedreiro Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem:



*[Handwritten mark]*



### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: medicamento Beatec

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Ygor Tel: 991260978

### DADOS ESCOLARES

Escola: Eugênia Schoubert Grau:  1º  2º

Turma: 4º Anos Período:  Manhã  Tarde  Noite

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Emmanuel Cristiano Araújo Costa a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Ygor Mendes Aguiar Costa

Eu, Ygor do RG 4865666 do meu filho (a) Emmanuel pela AMAS - Associação M fins de divulgação da OSC cartazes, redes sociais (Instag por tempo indeterminado. F: deva





  
Ministério da Fazenda  
Receta Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número 122.670.536-75  
Nome JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA  
Nascimento 02/10/1992

*[Handwritten mark]*





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**EMANUELE CRISTINE ARAÚJO COTA**

MATRÍCULA:

0360530155 2012 1 00087 190 0050136 41

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

cinco de setembro de dois mil e doze

DIA MÊS ANO

05/09/2012

HORA

03:57

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade - MG

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Margarida

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

GLACIANO LUIZ ARAÚJO COTA  
JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA

AVÓS

JOSÉ PEDRO COTA e VITALINA ARAÚJO COTA  
ISRAEL LOURENÇO DA SILVA e ANA APARECIDA DA SILVA

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

cinco de setembro de dois mil e doze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-56062252-1

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SELO: AEU58510. Emolumentos/TFJ:ISENTA

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Substituta: Carolina Tamires Borges Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade - MG Tel: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 05 de setembro de  
2012

Assinatura da Oficial  
*Lais Júnia Mota*  
Escrevente  
Cartório Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais



# CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INS/PASEP 152.74265.27-1

NÚMERO 9185856 SÉRIE 0030 UF MG

*Jane Kerlei Aparecida da Silva Cota*

ASSINATURA DO TITULAR



Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTÉ: WWW.MTE.GOV.BR

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



### JANE KERLEI APARECIDA DA SILVA COTA

FILIAÇÃO: ISRAEL LOURENÇO DA SILVA  
ANA APARECIDA DA SILVA  
MASCIMENTO: 02/10/1992 SEXO: FEMININO  
ESTADO CIVIL: CASADO  
NATURALIDADE: SÃO DOMINGOS DO PRATA - MG  
DOCUMENTO: C. I. MG-18.666.665-24062010 PC-MG  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 122.670.536-75 CNH: SEÇÃO:  
TIT. ELEITOR:  
ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/MG - 08/12/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_  
DATA DE NASC. DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_  
DOCUMENTO \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR \_\_\_\_\_

**LEGENDA**  
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Sophia Mara Fernandes		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.:	07/04/2015	Cert. Nasc. Termo:	Folha:	Livro:	
C. Ident. nº:	Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Bras				
Endereço: Rua/Av:	R. Ongre Yevon Góes nº: 34	Bairro:	Jova Esperança		

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe:	Raquel Cristina Fernandes		Data Nasc.:	17/04/1987	
C. Ident. nº:	1615209260	Ocupação:	do lar		
Pai:	Reinaldo Francisco Fernandes		Data Nasc.:	06/05/1981	
C. Ident. nº:	14143992	Ocupação:	Pedreiro		
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:					
<input checked="" type="checkbox"/> Com os Pais <input type="checkbox"/> Somente com o Pai <input type="checkbox"/> Somente com a Mãe					
<input type="checkbox"/> Outros:    Data Nasc.:    /    /    Tel:					
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:					
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Outros – Quem:					



R



### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Digiprona

Em caso de emergência, falar com: os pais Tel:

### DADOS ESCOLARES

Escola: Colégio Higien

Grau:  1º  2º

Turma: 1º Aug Período:  Manhã  Tarde  Noite

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Sophia Maria Fernandes

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Marquês Cristina Fernandes

R

Eu, Raquel  
do RG 1615392  
do meu filho (a) Sophia  
pela AMAS - Associação M  
fins de divulgação da OSC e  
cartazes, redes sociais (Instag  
por tempo indeterminado. Fic  
que eu comunique por escrito  
devido neste caso deve  
contar de

Au  
gmo



# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

**SOPHIA MARA FERNANDES**

MATRÍCULA:

**0360530155 2015 1 00092 182 0053120 07**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO DIA MÊS ANO

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO SEXO

FILIAÇÃO

AVÓS

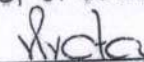
GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade-MG Tel.: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. João Monlevade-MG, 07 de abril de 2015

  
Assinatura da Oficiala  
**Viviane Roque Frade Prata**  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil das Pessoas Naturais



AB 2411130



Ministério da Fazenda  
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

181.001.086-17

Nome

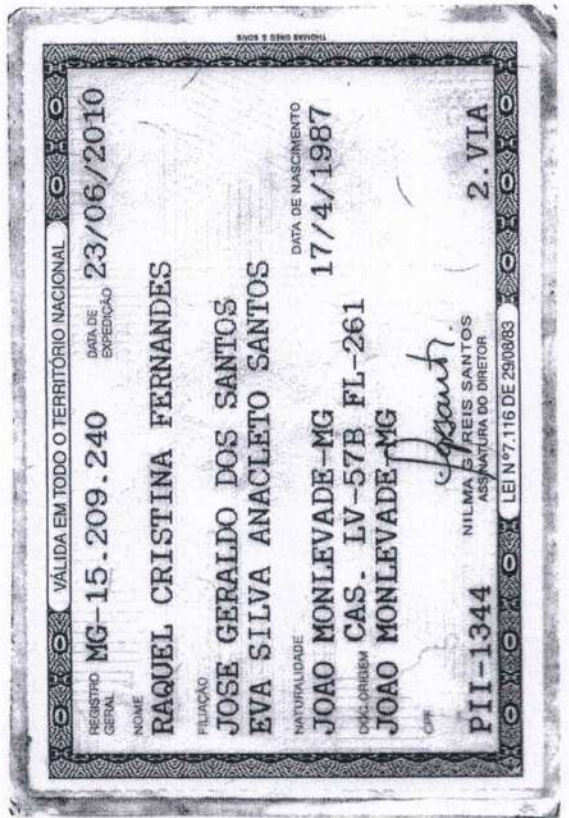
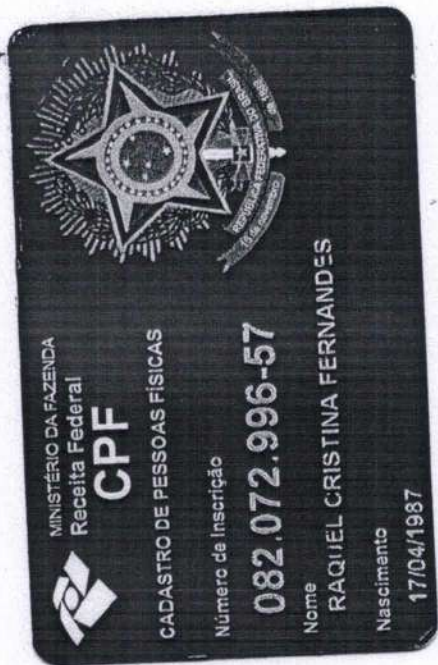
SOPHIA MARA FERNANDES

Nascimento

07/04/2015



K





Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Larissa Victória da Silva Fernandes      Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 23/03/2016      Cert. Nasc. Termo:      Folha:      Livro:        
C.P.F. nº: 155.014.166.03      Naturalidade: João Monlevade      Nacionalidade: Bras.  
Endereço: Rua/Av: Rua 01 nº 233      Nº:      Bairro: B. Nova Esperança

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Marei Maria da Silva Santos      Data Nasc.: 19/06/1987  
C. Ident. nº: MG 16 682 130      Ocupação: doméstica      Tel.: 31 9 8551174  
Pai: Marcos Aurélio Moraes Fernandes      Data Nasc.:      /      /  
C. Ident. nº:      Ocupação:      Tel.:        
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:        
 Com os Pais     Somente com o Pai     Somente com a Mãe  
 Outros:      Data Nasc.:      /      /      Tel.:        
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: 4  
 Irmão/Irmã     Tio/Tia     Avô/Avó     Primos/Primas     Outros – Quem:



R







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**LARISSA VICTÓRIA DA SILVA FERNANDES**

MATRÍCULA:

**0360530155 2016 1 00094 136 0054230 49**

**CPF Nº 155.014.166-03**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinte e três de março de dois mil e dezesseis

DIA MÊS ANO

23/03/2016

HORA

16:18

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade-MG

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Margarida,

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

**MARCO AURELIO NOVAIS FERNANDES  
NANCI NARA DA SILVA SANTOS**

AVÓS

**JOSE SILVESTRE FERNANDES e MARIA DO CARMO NOVAIS FERNANDES  
ANTONIO PROCOPIO DOS SANTOS e MARIA DAS GRAÇAS SILVA**

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

NÃO CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

trinta de março de dois mil e dezesseis

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-70570315-2

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Não há.//

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Avenida Getúlio Vargas, 4133 Carneirinhos  
João Monlevade-MG. (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade-MG, 30 de março de 2016.

PODER JUDICIÁRIO - TJMG  
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA  
Registro Civil das Pessoas Naturais - MG

Selo Digital: ANV57731 - Cod. Seg :  
4538.5921.8642.5838 - Quantidade de Ato(s)  
Praticado(s): 003 - Emol.: 0.00 - Tx.Judic.:  
0.00 - Total: 0.00  
Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>


Assinatura do Oficial/Substituto  
**Márcia de Fátima Leles**  
Escrevente

Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais


522122



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



nome: *nanci nara da silva santos*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-16.682.130 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/12/2016

NANCI NARA DA SILVA SANTOS

ANTONIO PROCOPIO DOS SANTOS  
MARIA DAS GRACAS SILVA

NASCIMENTO 19/6/1987

NATURALIDADE JOAO MONLEVADE-MG

DOC ORIGEM NAsc. LV-54A FL-29

CPF 096336166-03

PII-1477 LETÍCIA BAPTISTA GAMBOSI REIS  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

2. VIA



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:	<i>Rayson Felipe Fernandes</i>	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.:	<i>24/01/2006</i>	Folha:	Livro:
C. Ident. nº:	<i>6.24183.965</i>	Nacionalidade:	<i>Bras.</i>
Endereço:	Rua/Av: <i>R. Onge Yebra Imbrósio Nº: 34</i> Bairro: <i>J. Esperança</i>		

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe:	<i>Roguel Cristina dos Santos</i>	Data Nasc.:	<i>17/04/1987</i>		
C. Ident. nº:	<i>15.209.240</i>	Ocupação:	<i>do lar</i>	Tel.:	<i>98530.2156</i>
Pai:	<i>Reinaldo Francisco Fernandes</i>	Data Nasc.:	<i>06/05/1981</i>		
C. Ident. nº:	<i>1414399</i>	Ocupação:	<i>Pedreiro</i>	Tel.:	<i>98020.0336</i>

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:

irmão/irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*R*

SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: os pais Tel:

DADOS ESCOLARES

Escola: Escola Pinus Grau:  1º  2º

Turma: 2º A Período:  Manhã  Tarde  Noite

AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Raysson Felipe Fernandes  
a participar das seguintes atividades:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Daquyl Cristina Fernandes

R



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

162.542.976-20

Nome

RAYSSON FELLIPE FERNANDES

Nascimento

24/01/2006

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

D458.9773.758A.F7CB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:55:23 do dia 15/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígitto verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

RAYSSON FELLIPE FERNANDES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-24.123.965

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/20

NOME RAYSSON FELLIPE FERNANDES

FILIAÇÃO REINALDO FRANCISCO FERNANDES

RAQUEL CRISTINA DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASC. 24/1/2

JOAO MONLEVADE-MG

DOC. ORIGEM NASC. LV-76A FL-16V

JOAO MONLEVADE-MG

CPF

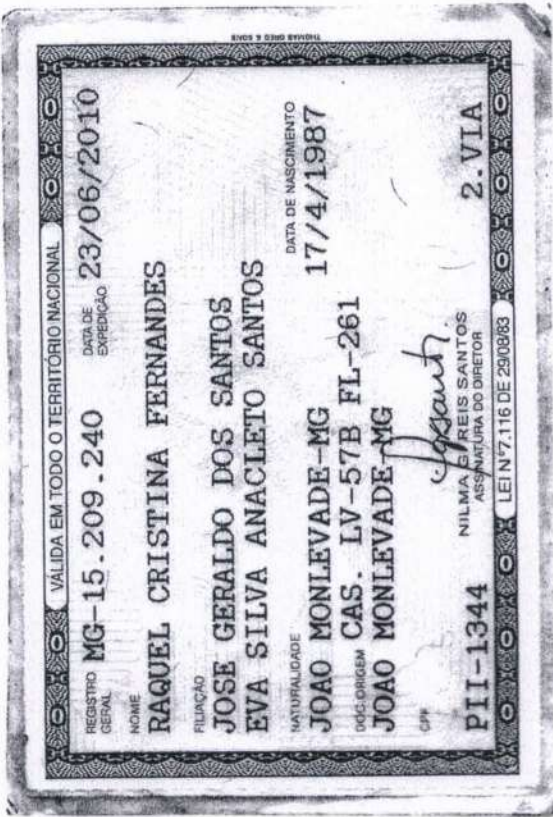
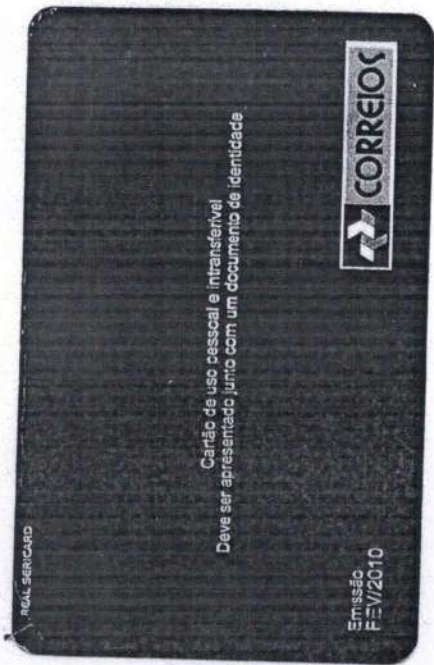
AGNELO DE ABRÉU BAETA  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PII 1344

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



8





Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Davi Lucas Soares de Paula Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 28/05/2010 Cert. Nasc. Termo: Folha: Livro:  
C. Ident. nº:  
Naturalidade: J. Monlevade Nacionalidade: Bras  
Endereço: Rua/Av: R. Onofre V. Embrosion nº 71-A Bairro: J. Esperança

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Maria Theresa de Paula Data Nasc.: 07/05/1987  
C. Ident. nº: M615630752 Ocupação: Tel (11) 979922710  
Pai: William Douglas Soares de Oliveira Data Nasc.: 01/10/1987  
CPF: 07925406623 Ocupação: Tel.: 996384545  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros: \*Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem: \_\_\_\_\_



R





**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual: Geolin

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual: Autismo - Geolin

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona Paracetol

Em caso de emergência, falar com: a mãe Tel:

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Higino Grau:  1º  2º

Turma: 6º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Davi Lucas

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: William Wagner Soares de Almeida

*(Handwritten mark)*

**GMMS**  
Autoriza  
Eu, William Wagner Soares de Almeida, CPF: 03.088.905.10, do meu filho (a) William Wagner Soares de Almeida, do RG 15.008.905.10, Associação Metodista de Ass. fins de divulgação da OSC através de cartas, redes sociais (Instagram, Facebook, etc.), por tempo indeterminado. Fica devido neste caso contar do res.



CO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

38283269

**DAVI LUCAS**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8656-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

POLEGAR DIREITO

75434239

*Maria Teresa de Paula Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NAO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 62.562.216-9 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 25/08/2016

NOME **DAVI LUCAS SOARES DE PAULA**

FILIAÇÃO WILLIAM DOUGLAS SOARES DE OLIVEIRA  
MARIA TERESA DE PAULA OLIVEIRA

NATURALIDADE JOÃO MONLEVADE - MG DATA DE NASCIMENTO 28/05/2010

DOC ORIGEM JOÃO MONLEVADE-SP JOÃO MONLEVADE CN: LV. A083/FLS. 188 /Nº47733

CPF

*Santa Paula*  
Caravana Paulo Faria  
Diretor de Polícia Identificação IPRD-SSP-SP

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 62.881.811-7 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 13/12/2016

NOME **MARIA TERESA DE PAULA OLIVEIRA**

FILIAÇÃO MARIA DE FÁTIMA

NATURALIDADE S. PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 07/05/1987

DOC ORIGEM JOÃO MONLEVADE-MG JOÃO MONLEVADE CC: LV. B059/FLS. 282 /Nº12932

CPF 092159246/98

*Santa Paula*  
Caravana Paulo Faria  
Diretor de Polícia Identificação IPRD-SSP-SP

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emorwelle Vidua Rodrigues Almeida Sexo:  Masculino  Feminino

Data Nasc.: 03/05/13 Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_

C. Ident. nº: MG 23160014 Naturalidade: S. Monlevade Nacionalidade: bras

Endereço: Rua/Av: P. Vicente Alves da Silva nº: 03 Bairro: Mora Espinosa

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Maria Aparecida Rosa Data Nasc.: 12/06/1983

C. Ident. nº: MG 14.903354 Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: 991331337

Pai: Sandro Gócio Vieira de Almeida Data Nasc.: \_\_\_\_\_

C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem: \_\_\_\_\_



*R*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: Reação picada de inseto

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Paracetamol

Em caso de emergência, falar com: a mãe Tel:

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Antônio Pádua Grau:  1º  2º

Turma: 4º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Caravelle Vitória

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Maria Aparecida Rosa

Eu, Maria  
do Rd. M. G. L. G. F.  
do meu filho (a) Caravelle  
pela AMAS - Associação Me  
fins de divulgação da OSC at  
cartazes, redes sociais (Instagr  
por tempo indeterminado. Fica  
que eu comunique por escrito e  
devido neste caso. Contat-





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-23.160.014 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/12/2018

NOME EMANUELLE VITORIA ROSA VIEIRA DE ALMEIDA

FILIAÇÃO SANDRO MARCIO VIEIRA DE ALMEIDA MARIA APARECIDA ROSA DE ALMEIDA

NATURALIDADE JOAO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 3/5/2013

DOC. ORIGEM JOAO NASC. LV-88 FL-271

CPF JOAO MONLEVADE-MG 150.883.556-02

JACQUELINE DE OLIVEIRA FERRAZ ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

VILA 1

BOUE-LID

CÓDIGO DE CONTROLE  
E980.D9BD.6280.82BA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:29:27 dia 04 de 27/07/2015 (hora e data de Brasília)  
dígitos verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PALECAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

EMANUELLE VITÓRIA ROSA

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

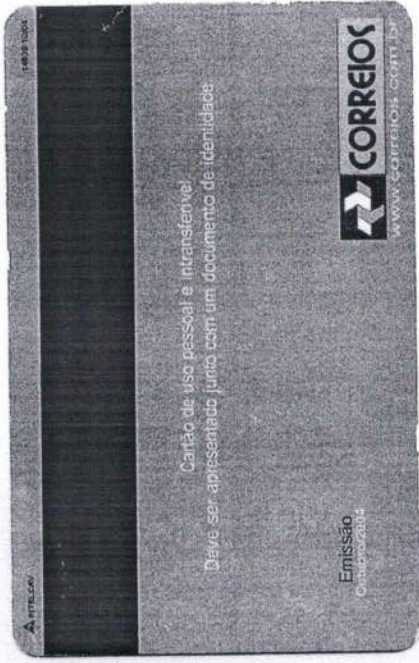
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 150.883.556-02

Nome EMANUELLE VITORIA ROSA VIEIRA DE ALMEIDA

Nascimento 03/05/2013

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-14.903.354 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/12/2018

NOME MARIA APARECIDA ROSA

FILIAÇÃO JOSE ZACARIAS ROSA FRANCISCA MARIA ROSA

NATURALIDADE SEM PEIXE-MG DATA DE NASCIMENTO 12/6/1983

DOC. ORIGEM NASC. LV-20 FL-67

SEM-PEIXE-MG CPF 085.739.166-64

PII-3008 JACQUÊTE DE OLIVEIRA FERRAZ ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7116 DE 29/08/83 2. VIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Pol. Esp. Direto

Assinatura do Titular *Maria Aparecida Rosa*

CARTERA DE IDENTIDADE

*R*



Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ryane filha de Oliveira Constantino Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 15/11/2015 Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: 153 196 356 05 Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Bras.  
Endereço: Rua/Av: Rua 01 Nº: 46 Bairro: Nova Esperança

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Juliete da Silva Oliveira Constantino Data Nasc.: 04/11/1989  
C. Ident. nº: MG 16 958 569 Ocupação: Guardadora de idosos Tel.: 31 98631 6097  
Pai: Reinaldo Constantino Data Nasc.: 05/02/1989  
C. Ident. nº: 093 634 506 35 Ocupação: insolvente Tel.: 31 98945 0095

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros:

Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*R*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

É alérgica?  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate: \_\_\_\_\_

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: \_\_\_\_\_

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual: \_\_\_\_\_

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: paracetamol

Em caso de emergência, falar com: a mãe Tel: 311986310097

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Vigiante Grau:  1º  2º

Turma: 1ª A Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Ryane filha de Oliveira Constantino

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Felipe da Silva Oliveira Constantino

*R*





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
**153.196.356-05**

Nome  
**RYANE JULIA DE OLIVEIRA CONSTANTINO**

Nascimento  
**15/12/2015**

CÓDIGO DE CONTROLE  
7D4F.BEB1.3E7C.258F



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 15:17:42 do dia 28/02/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



*R*



FILIAÇÃO  
JOSE PEDRO DE OLIVEIRA  
GERALDA DA SILVA OLIVEIRA

NATALIDADE  
JOAO MONLEVADE-MG

DATA DE NASCIMENTO  
4/11/1989

DCC. ORIGEM  
CAS. LV-61B FL-14

JOAO MONLEVADE-MG

CPF  
095011396-46

LEITICIA ALESSI MACHADO RÔGÉDO  
ASSINATURA DO DIRETOR

PII-1344

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

2 VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Gerilda da Silva Oliveira Constantino*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*R*



Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Lucas da Silva Pachado Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 19/04/2019 Cert. Nasc. Termô: 533 Folha: 50 Livro: 3  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: brasileira  
Endereço: Rua/Av: Rua Barão de Cocais nº: 895 Bairro: J. Esperança

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Vanessa Roberta da Silva Pachado Data Nasc.: 17/09/1980  
C. Ident. nº: 8.339.266 Ocupação: locação brinquedo Tel.: 9.4537.3114  
Pai: João Bruno Silva Pachado Data Nasc.:       /      /        
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.:       /      /       Tel.: \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avó/Avô  Primos/Primas  Outros - Quem: \_\_\_\_\_



*[Handwritten signature]*

Eu, [assinatura] do RG nº [número] da AMA, fins de dar cartazes por ter que eu deve com



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: Ricada moqueto

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Paracetamol / Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Tel:

**DADOS ESCOLARES**

Escola: União Ligeira Grau:  1º  2º

Turma: 5º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) João Lucas da Silva Machado

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: Assinatura Responsável: Vanessa Oberka de S. Machado



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**JOÃO LUCAS DA SILVA MACHADO - 1º GÊMEO**

MATRÍCULA:

**0360530155 2012 1 00086 259 0049675 51**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO DIA MÊS ANO  
dezenove de abril de dois mil e doze 19/04/2012

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
08:30 João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO SEXO  
João Monlevade - MG Hospital Margarida masculino

FILIAÇÃO  
JOÃO BRUNO SILVA MACHADO  
VANESSA ROBERTA DA SILVA MACHADO

AVÓS  
JOÃO MENDES MACHADO e MARIA DE FATIMA SILVA MACHADO  
JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)  
SIM ANA ALICE DA SILVA MACHADO - 0360530155 2012 1 00086 260 0049676 83

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO  
dezenove de abril de dois mil e doze 30-55987755-4

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES  
SELO: AEQ28621. Emolumentos/TFJ:ISENTA

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Substituta: Carolina Tamires Borges Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade - MG Tel.: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 19 de abril de 2012

Assinatura da Oficial

Bárbara Bianca Pereira  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais



CASA DA MÍDIA DO BRASIL



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-8.339.266 DATA DE EMISSÃO 01/12/2016

NOME VANESSA ROBERTA DA SILVA MACHADO

SILABÁRIO JOSÉ ANTONIO DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 17/9/1980

ORG. ORGEM CAS. LV-588 FL-233

CPF JOÃO MONLEVADE-MG 046761996-43

PIC-2205 LETICIA BAPTISTA GAMBOSI REIS 3. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

TELEFON 7116 DE 230883

THOMAS URSO & SOUZA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

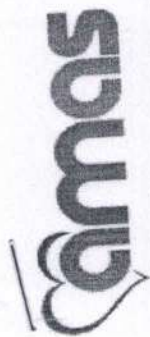
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POI FOGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS URSO & SOUZA



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dra. Alice da Silva Machado Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 19/04/2012 Cert. Nasc. Fermo: 533 Folha: 50 Livro: 3  
Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Bras.  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nº: 895 Bairro: Esperança  
Endereço: Rua/Av: Rua Barão de Cocais

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Vanessa Roberta da Silva Machado Data Nasc.: 14/09/80  
C. Ident. nº: 8.339.266 Ocupação: Jocadora profissional Tel.: 97537.3114  
Pai: João Bruno Silva Machado Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

\* Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Outros:

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem: \_\_\_\_\_



*R*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Digoxina (para celant)

Tel: 973576539

Em caso de emergência, falar com:

**DADOS ESCOLARES**

Grau:  1º  2º

Escola: União Lígido

Turma: 5º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Ana Alice da Silva Machado

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro:

Assinatura Responsável: Janeissa Aberte da S Machado

Eu, Janeissa  
do RG M 6 833  
do meu filho (a) [assinatura]  
pela AMAS - Associação  
fins de divulgação da  
cartazes, redes sociais  
por tempo indeterminado  
que eu comunique por  
devido neste caso de  
contar do recebimento







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**ANA ALICE DA SILVA MACHADO - 2º GEMEO**

MATRÍCULA:

**0360530155 2012 1 00086 260 0049676 83**



DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO:  DIA MÊS ANO:

HORA:  MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO:

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO:  LOCAL DE NASCIMENTO:  SEXO:

FILIAÇÃO:

AVÓS:

GÊMEO:  NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S):

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO:  NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO:

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES:

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Substituta: Carolina Tamires Borges Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade - MG Tel.: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 19 de abril de 2012

Assinatura da Oficial  
**Bárbara Bianca Pereira**

Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DE MINAS GERAIS  
 POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



*R*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-B.339.266 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/12/2016

NOME VANESSA ROBERTA DA SILVA MACHADO

SUFIXO JOSÉ ANTONIO DA SILVA

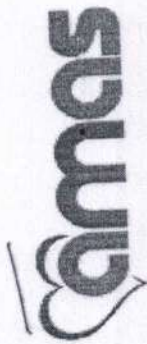
NATURALIDADE JOAO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 17/9/1980

900 CRIGEM CAS. LV-58B FL-233

CPF JOAO MONLEVADE-MG 046761996-43

PIC-2205 LETICIA BAPTISTA GAMBÔGE REIS 3.VIA  
 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dra. Alice da Silva Machado Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 19/04/2012 Cert. Nasc.: Fermo: 533 Folha: 50 Livro: 3  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: Bras.  
Endereço: Rua/Av: Rua Barão de Cocais Nº. 895 Bairro: J. Esperança

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Vanessa Roberto da Silva Machado Data Nasc.: 17/09/80  
C. Ident. nº: 8.339.266 Ocupação: Jocador Brinquedo Tel.: 995373114  
Pai: João Bruno Silva Machado Data Nasc.: / /  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
Data Nasc.: / / Tel.: \_\_\_\_\_  
 Outros:  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*R*



### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Digivina Paacelamb

Em caso de emergência, falar com: 9135716539

### DADOS ESCOLARES

Grau:  1º  2º

Escola: Donna Ligiano

Turma: 5º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Ana Raice da Silva Paes

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Vanessa Abete da S Machado



Eu, Vanessa  
do RG MG 8339  
do meu filho (a) Ana Raice  
pela AMAS - Associação  
fins de divulgação da OS  
cartazes, redes sociais (In  
por tempo indeterminado  
que eu comunique por esc  
devido neste caso deixa  
contar do recebimento da



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**ANA ALICE DA SILVA MACHADO - 2º GEMEO**

MATRÍCULA:

0360530155 2012 1 00086 260 0049676 83

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA - MÊS - ANO

dezenove de abril de dois mil e doze

19/04/2012

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

08:31

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

João Monlevade - MG

Hospital Margarida

feminino

FILIAÇÃO

JOÃO BRUNO SILVA MACHADO  
VANESSA ROBERTA DA SILVA MACHADO

AVÓS

JOÃO MENDES MACHADO e MARIA DE FATIMA SILVA MACHADO  
JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

SIM

JOÃO LUCAS DA SILVA MACHADO - 0360530155 2012 1 00086 259 0049675 51

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

dezenove de abril de dois mil e doze

30-55987752-0

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SELO: AEQ28623. Emolumentos/TFJ:ISENTA

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Substituta: Carolina Tamires Borges Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade - MG Tel.: (31) 3851-2940

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 19 de abril de 2012

*Barbara Bianca Pereira*  
Assinatura da Oficiala  
Bárbara Bianca Pereira

Escrevente

Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-8.339.266 DATA DE EMISSÃO 01/12/2016

NOME VANESSA ROBERTA DA SILVA MACHADO

FUNÇÃO JOSÉ ANTONIO DA SILVA

NATURA DA DEBENEFICIAÇÃO JOAO MONLEVADE-MG DATA DE NASCIMENTO 17/9/1980

CAS. LV-588 FL-233

DOC. ORDEM JOAO MONLEVADE-MG

CNPJ 046761996-43

PIC-2205 LETICIA BAPTISTA GAMBOSI REIS 3. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

THOMAS GREG & SONS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POI FEAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valentina Viana Gomes Ventura Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 15/10/2013 Cert. Nasc. Termo: 1 Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Brasiliana  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nº: 60 Bairro: João Expiação  
Endereço: Rua/Av: 04

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Joia Duarte Ventura Data Nasc.: 11/10/1941  
C. Ident. nº: 16.8081.012 Ocupação: Administradora Tel.: 3198882769  
Pai: Paulo Uniclus Gomes da Silva Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora: Avó, avô  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem: \_\_\_\_\_



R



Eu, Pro. Claudio  
do RG nº 18.04.019  
pela AMAS - Associação Metodista  
de divulgação da OSC através  
cartazes, redes sociais (Insta-  
gram) por tempo indeterminado  
que eu comuniquei

### SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: Grada de família

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Paracetamol

Tel: 31988182769

Em caso de emergência, falar com: pat

### DADOS ESCOLARES

Grau:  1º  2º

Escola: Escola Sarah

Turma: 3º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Valentina Maria Gomes Pontes  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: [assinatura]





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALENTINA VITÓRIA GOMES MONTEIRO

MATRÍCULA:

0360530155 2013 1 00089 243 0051443 46



DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO  DIA MÊS ANO

HORA  MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  LOCAL DE NASCIMENTO  SEXO

FILIAÇÃO

AVÓS

GÊMEO  NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO  NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Avenida Getúlio Vargas, 4133, Carneirinhos  
João Monlevade - MG Tel.: (31) 3351-2840

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. João Monlevade - MG, 17 de outubro de 2013

Assinatura da Oficial

Andresa Pâmela de Souza  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
INSTITUICÃO DE IDENTIFICACÃO

POLEGAR DIREITO

JOÃO BÍDIA SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE



*Handwritten mark*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

18.064.012

DATA DE EXPIRACÃO: 21/05/2009

LAUDIA MONTEIRO

LO GOMES MONTEIRO

ELENA MONTEIRO

MONLEVADE-MG

11/7/1994

MONLEVADE-MG

NASC. LV-62A FL-99V

MONLEVADE-MG

34

NILMA S. REIS SANTOS  
ASSINATURA DO DIRETOR

1. VIA

LEIN 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Recetta Federal  
**CPF**  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS  
Número de Inscrição  
**116.436.856-78**  
Nome  
ANA CLAUDIA MONTEIRO  
Nascimento  
11/07/1994





# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wallisson Luis de Carvalho Silva Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 20/04/2011 Cert. Nasc. Termo: 43643 Folha: 046 Livro: 085  
Naturalidade: João Monlevade Nacionalidade: Bras  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nº: 15 Bairro: João Esperança  
Endereço: Rua/Av: R. 03

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Mirion da Silva Francisco Data Nasc.: 20/06/1981  
C. Ident. nº: 1612615140 Ocupação: do lar Tel.: 3199296769  
Pai: George Luis de Carvalho Data Nasc.: 20/04/1974  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: acabador de pedras Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora: \_\_\_\_\_  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem: \_\_\_\_\_



*R*

Eu, Maria do RG 123456789 do meu filho João pela AMAS fins de divu cartazes, re por tempo que eu cor devento r -ntar do



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_  
É alérgica?  Sim  Não Qual: Carcapato  
Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate: \_\_\_\_\_  
Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: \_\_\_\_\_  
Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual: \_\_\_\_\_  
Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Paracetamol  
Em caso de emergência, falar com: a mãe Tel: \_\_\_\_\_

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Grau:  1º  2º  
Turma: 6º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Wallison Wis Siqueira Cavallho  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã  
 Outro: \_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável: Miriam da Silva Francisco de Carvalho

b



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE JOÃO MONLEVADE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
**WALLISSON LUIS SILVA DE CARVALHO**  
MATRÍCULA:

0360530155 2011 1 00085 046 0048648 31



DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

20 de abril de dois mil e onze

DIA MÊS, ANO

20/04/2011

HORA

00:08

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade - MG

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Margarida

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

LEORGE LUIS DE CARVALHO  
MIRIAM DA SILVA FRANCISCO DE CARVALHO

AVÓS

MARIA DO SOCORRO CARVALHO  
JIZ GONZAGA FRANCISCO e TEREZINHA DA SILVA FRANCISCO

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinte de abril de dois mil e onze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30508570940

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

SELO: AED92480 Emolumentos: Isentos  
Livro: 085 A Fls.: 046 Termo: 48648

Cartório de Registro Civil de João Monlevade  
Oficial: Janine Cristina Dias  
Avenida Getúlio Vargas, 4133 Carneirinhos  
João Monlevade - MG

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Monlevade - MG, 20 de abril de 2011

*Assinatura*



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

MG-12.615.140

EX. ATRIB. 02/09/1999

Nome: MIRIAM DA SILVA FRANCISCO

Nome: LUIZ GONZAGA FRANCISCO

Nome: TEREZINHA DA SILVA FRANCISCO

NAT. BRASILEIRA

JCAO MONLEVADE-MG 20/6/1981

DOC. ORIGEM: NASC. LV-45A FL-207V

JCAO MONLEVADE-MG

CPF: *Miriam da Silva*

BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

ASSINATURA DO DETENTOR

LIB. Nº 7.116 DE 26/06/03

1.ª VIA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receta Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 092.625.336-08

Nome MIRIAM DA SILVA FRANCISCO DE CARVALHO

Nascimento 20/06/1981

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Polígrafo

*Miriam da Silva Francisco*

DOADOR NÃO PRESENTE

CÓDIGO DE CONTROLE

424F.1B46.4BF4.5FD9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil em 18/03/2016 (hora e data de Brasília) às 16:27:34 do dia 18/03/2016

digito verificador: 00



Associação Metodista de Assistência Social

FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luana Vitória de Oliveira Peixoto Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 19/09/2008 Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: MG23581946 Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua/Av: Rua 01 Nº: 78 Bairro: N. Esperança

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Clione da Silva Oliveira Peixoto Data Nasc.: 03/11/1981  
C. Ident. nº: MG11797333 Ocupação: do lar Tel.: 971311180  
Pai: Carlos de Sousa Peixoto Data Nasc.: 14/01/1967  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Tel.: 971526668  
Ocupação: \_\_\_\_\_

Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:

Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe

Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:

Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avó/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem: \_\_\_\_\_







**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual: Doença autoimune

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: Dor de cabeça

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual: Deficiência

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Paizões Tel: 971371180 / 971526668

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Centro Educacional Grau:  1º  2º

Turma: 8º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Luana Vitória de Oliveira Peixoto a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: Escola da Sílvia Oliveira Peixoto

Assinatura Responsável: [assinatura]





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Carteira de Identidade

*Eliane da Silva Oliveira Peixoto*

APAS-MON  
Sócio Auditiva Micro

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGIÃO MG-11.797.333 DATA DE EXPIRAÇÃO 28/05/2019

NOME ELIANE PA SILVA OLIVEIRA PEIXOTO

TIPO DE TITULARIDADE NATURALIDADE

FILIAÇÃO JOSE PEDRO DE OLIVEIRA GERALDA DA SILVA OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 3/11/1981

DOC. ORIGINAL CAS. LV-528 FL-192

JOAO MONLEVADE-MG

JOAO MONLEVADE-MG

CPF 082.072.666-43

LEI Nº 7418 DE 28/08/83

*ma*



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**159.005.366-45**

Nome  
**LUANA VITORIA DE OLIVEIRA PEIXOTO**

Nascimento  
**19/09/2008**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**B478.3FD1.5B72.BEEC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 10:54:18 do dia 25/11/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00





# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Cecilia Soares da Silva Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 10/06/2017 Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: 16317405638 Naturalidade: Sete Lagoas Nacionalidade: Bran.  
Endereço: Rua/Av: Rua 03 Nº: 131 Bairro: Mora Espinaca - JMD

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Marcia Rodrigues Silva Data Nasc.: 08/06/1986  
C. Ident. nº: MG 16 597 113 Ocupação: dominista Tel.: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: Vizinha amiga (Resilene) Data Nasc.: 12/09/72 Tel: (31)989463006  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: 4  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avó/Avó  Primos/Primas  Outros - Quem: Resilene, marido, filha e neto.



*Handwritten signature*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: *dipirona*

Em caso de emergência, falar com: *Paulene* Tel: *(31) 98946 3006*

**DADOS ESCOLARES**

Escola: *E. Municipal Euginio Mota*

Turma: *9º período* Período:  Manhã  Tarde  Noite

Grau:  1º  2º

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) *Maria Celina*

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwoifdo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Assinatura Responsável: *Maria Rodrigues da Silva*

*R*

Eu, *Maria R. do RG MG 1659716* do meu filho (a) *MARIA* pela AMAS - Associação Me fins de divulgação da OSC at cartazes, redes sociais e por tempo





MUNICÍPIO DE JOÃO NEIVADE  
1845

REPÚBLICA FEDERATIVA



Carteira de Identidade

Mercia Rodrigues Silva



VALID

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

000209 24/09/2004

MERCIA RODRIGUES SILVA

NÍD VITURINO SILVA

RISTANE RODRIGUES SILVA

M. DO SUACUI-MG 8/6/1986

MASC. LV-31A FL-566

MARIA DO SUACUI-MG

080242956-48

LEITIA ALESSI MACHADO ROGEDO

2. VIA

VALID

Sistema Único de Saúde

MERCIA RODRIGUES SILVA

Data Nasc.: 08/06/1986 Sexo: F

704 3045 5401 5690



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.



R





Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:	<i>Anna Carolina Soares da Silva</i>	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.:	<i>28/02/2014</i>	Folha:	____
C. Ident. nº:	____	Cert. Nasc. Termo:	____
Endereço:	<i>Rua/Av: Rua Oh</i>	Naturalidade:	<i>Itu Lages - MG</i>
		Nº:	<i>56</i>
		Bairro:	<i>Novo Esperança - Itui</i>

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe:	<i>Miriana Rodrigues Silva</i>	Data Nasc.:	<i>08/06/1986</i>
C. Ident. nº:	<i>MG 16597115</i>	Ocupação:	<i>dominista</i>
Pai:	<i>Rafael de Anis Soares</i>	Data Nasc.:	____/____/____
C. Ident. nº:	____	Ocupação:	____
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:	____		
<input type="checkbox"/> Com os Pais <input type="checkbox"/> Somente com o Pai <input checked="" type="checkbox"/> Somente com a Mãe	____		
<input type="checkbox"/> Outros:	____		
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:	____		
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Outros - Quem:	____		



*R*



**AMAS** Associação Metodista de Assistência Social

**Autorização de**

Eu, Marta Rodrigues Silva, CPF: 012.345.678-9, do meu filho (a) Lucas, Inscrição da OSC nº 123456789, Fins de divulgação da OSC nº 123456789, por tempo indeterminado, para participar de cartazes, redes sociais, eventos, etc., devido neste caso, contar do receituário de João M.

**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

É alérgica?  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate: Principio de epilepsia

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: \_\_\_\_\_

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual: \_\_\_\_\_

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: paracetamol

Em caso de emergência, falar com: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Rúmia Maduf Grau:  1º  2º

Turma: 3º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_ a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã  Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Marta Rodrigues Silva



# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

\*\*\* ANA CAROLINA SOARES DA SILVA \*\*\*

MATRÍCULA:

0507160155 2014 1 00267 155 0199101 68

DIA: MÊS ANO

28/02/2014

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinte e oito de fevereiro de dois mil e quatorze

HORA

18:05

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sete Lagoas - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sete Lagoas-MG

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Nossa Senhora das Graças

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

RAFAEL DE ASSIS SOARES //  
MERCIA RODRIGUES SILVA //

AVÓS

Manoel Soares da Silva e Elenice de Assis //

Henio Vitorino Silva e Maristane Rodrigues Silva //

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

//

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

3062063261-7 //

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

seis de março de dois mil e quatorze

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

//

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Sete Lagoas-MG, 06 de março de 2014.

Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais de  
Sete Lagoas  
Oficial: Maria Célia da Cunha  
Rua Fernando Pinto 160 - Centro  
Sete Lagoas-MG  
(31) 3774-9211



*[Handwritten Signature]*  
Escrivão Substituto



Sistema Único de Saúde

MERCIA RODRIGUES SILVA

Data Nasc.: 08/06/1986

Sexo: F

704 3045 5401 5690

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Distrito Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-16.527.115

24/09/2010

MERCIA RODRIGUES SILVA

VITURINO SILVA

CRISTIANE RODRIGUES SILVA

M. DO SUACUI-MG 8/6/1986

NASC. LV-31A FL-566

ITA MARIA DO SUACUI-MG

90248756-48

LEITIA ALESSI MAGRADO ROGÉDO

2.VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA

CARTeira DE IDENTIDADE

Mercia Rodrigues Silva

✓



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Kaíque Soares da Silva Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 13/06/2011 Cert. Nasc. Termo: 246756 Folha: 163 Livro: P.364  
C. Ident. nº: 115 Nacionalidade: BraS  
Endereço: Rua/Av: R. Quatro Nº: 36 Bairro: J. Esperanças

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Mércia Rodrigues Silva Data Nasc.: 08/06/1986  
C. Ident. nº: 16507115 Ocupação: diarista Tel.: 9 8025 9889  
Pai: Rafael de Jesus Soares Data Nasc.: / /  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: / / Tel.: \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*e*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Marcos Tel: 980259879

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Hejimo Grau:  1º  2º

Turma: 6º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Kaíque Soares da Silva

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Maria Rodrigues Silva



Eu, MARCELA  
do RG MG 1659 Ka  
do meu filho (a)  
pela AMAS - Associação  
fins de divulgação da C  
cartazes, redes sociais (I  
por tempo indeterminad

Registro Civil das Pessoas Naturais  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**



NOME:  
**KAÍQUE SOARES DA SILVA**

MATRÍCULA:  
**058412 01 55 2011 1 00364 163 0246756 28**

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO **Treze de junho de dois mil e onze** DIA **13** MÊS **06** ANO **2011**

HORA NASC **18h54min** MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **Belo Horizonte/MG**

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF **Belo Horizonte - MG** LOCAL DE NASCIMENTO **Hospital Sofia Feldman, Distrito de Venda Nova** SEXO **Masc**

FILIAÇÃO **Filho de RAFAEL DE ASSIS SOARES e MÉRCIA RODRIGUES SILVA**

AVÓS **Manoel Soares da Silva e Elenice de Assis (paternos) e Henio Viturino Silva e Maristane Rodrigues Silva (maternos)**

GÊNEO **Sim** NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊNEO(S) **KAUÁ SOARES DA SILVA Nº 058412 01 55 2011 1 00364 163 0246757 09**

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO **Quatorze de junho de dois mil e onze** Nº DNV **30-054843687-0**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES **Ato registrado no livro A-364, às folhas 163, sob o nº 246756.**

**ISENTA DE EMOLUMENTOS**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Belo Horizonte, 14 de junho de 2011

Registro Civil das Pessoas Naturais  
do Distrito de Venda Nova

OFICIALA REGISTRADORA  
Ana Paula Fróes Machado da Fonseca

Belo Horizonte - MG  
Rua Santo Antônio, 12  
Venda Nova  
CEP: 31515-100



*Luiz Gustavo Membrive Martins*

REPÚBLICA FEDERATIVA  
ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE



Mercia Rodrigues Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALID

SECRETARIA DE SAÚDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
Município: 527.115  
DATA DE EMISSÃO: 24/09/2000

MERCIA RODRIGUES SILVA  
NID VITURINO SILVA  
RISTANE RODRIGUES SILVA

MERCIA M. DO SUACUI-MG 8/6/1986  
NASC. LV-31A FL-566  
MERCIA MARIA DO SUACUI-MG  
080240966-48

R-2725 LETICIA ALESSI MACIEL ROGEDO  
Município: 2. VITA

VALID



Sistema Único de Saúde

MERCIA RODRIGUES SILVA  
Data Nasc.: 08/06/1986 Sexo: F  
704 3045 5401 5690



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.  
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

*R*





Associação Metodista de Assistência Social  
FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Patrícia Soares da Silva Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 09/12/2015 Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: Itapecuru - MG Nacionalidade: Bras.  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Bairro: Mora Esperança  
Endereço: Rua/Av: Rua José Teodoro Eugênio Nº: 29 J. IND. J. IND. E

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Márcia Rodrigues Silva Data Nasc.: 08/06/1986 Tel.: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: MG 16.527.115 Ocupação: dominista Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Pai: Rafael de Aris Soares Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: madrinha Gibânia (outro) Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel.: 985153545  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: 3  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avó/Avô  Primos/Primas  Outros - Quem: madrinhas padrinhas e filha da madrinha.



*Handwritten mark*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate:

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Paracetamol

Em caso de emergência, falar com: Tatiana / Jennifer Tel: (31) 994442644 / 985153545

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Higiene Grau:  1º  2º

Turma: 1º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Beatriz Soares da Silva a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro:

Assinatura Responsável: Wesley Rodrigues Silva

*R*

MUNICÍPIO DE JOÃO MONTEVADE  
195  
J

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
Mário Célia da Cunha - Of. Civil  
Vander Antônio da Cunha - Substituto  
Dinora Regina A. Passos - Esc. Substituto  
Rosângela Celi O. Lima - Esc. Substituto  
Arlene Silva F. Souza - Esc. Substituto  
Lizama Nakano França - Esc. Substituto  
Márcio José Nogueira Ferrari - Esc. Substituto  
Anderson Geraldo França Lima - Esc. Substituto  
SETE LAGOAS - MG



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

BEATRIZ SOARES DA SILVA

MATRÍCULA:

0507160155 2015 1 00285 294 0204613 03

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

nove de dezembro de dois mil e quinze

DIA MÊS ANO

09/12/2015

HORA

20:35

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sete Lagoas - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sete Lagoas - MG

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Nossa Senhora das Graças - Rua Teófilo Otoni, 224, Centro

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

RAFAEL DE ASSIS SOARES  
MERCIA RODRIGUES SILVA

AVÓS

MANOEL SOARES DA SILVA E ELENICE DE ASSIS  
HENIO VITURINO SILVA E MARISTANE RODRIGUES SILVA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

Não

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

dez de dezembro de dois mil e quinze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-66342466-8

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Certidão lavrada por MARCO PAULO NOGUEIRA FERRARI do Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais de Sete Lagoas, o(a) assinou eletronicamente, nos termos do artigo 13 do Provimento nº 13 do CNJ.

Certifico que, em data de 10 de dezembro de 2015 foi extraída esta certidão do Sistema Interligado de Registro de Nascimento, sendo a autenticidade de sua assinatura eletrônica por mim conferida.

Ofício do Registro Civil das Pessoas Natbrais de Sete Lagoas  
Oficial: Maria Célia da Cunha  
Rua Fernando Pinto, 160  
Centro  
Sete Lagoas  
Telefone: (31) 3774-9211

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Sete Lagoas, 10 de dezembro de 2015



PODER JUDICIÁRIO - TJMG  
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA  
Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais de Sete Lagoas

Assinatura do Escrevente  
ANDERSON GERALDO FRANÇA LIMA

Anderson G. França Lima  
Oficial Substituto

Selo Digital: AJF73171 - Cod. Seg :  
0257.9400.6984.3922 - Quantidade de Ato(s)  
Praticado(s): 004 - Emol.: 0.00 - Tx.Judic.: 0.00  
Total: 0.00

Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>

RECIVIL AA 000709632 MG-P



Sistema Único de Saúde

MERCIA RODRIGUES SILVA

Data Nasc.: 08/06/1986

Sexo: F

704 3045 5401 5690



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e Intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Distrito Saúde.

SUS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-16.527.115

24/09/2000

MERCIA RODRIGUES SILVA

HENIO VITURINO SILVA

MARISTANE RODRIGUES SILVA

SANTIA M. DO SUACUI-MG 8/6/1986

NASC. LV-31A FL-566

SANTA MARIA DO SUACUI-MG

980242966-48

LEITIA ALESSI MACHADO FOGEDO

2.VIA

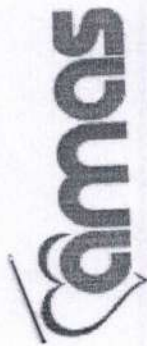
REPÚBLICA FEDERATIVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Mercia Rodrigues Silva




R



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luís Soares Silva Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 13/06/2011 Cert. Nasc. Termo: 24 6759 Folha: 163 Livro: 0364  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: Bra  
Endereço: Rua/Av: Rua Quatro Nº: 36 Bairro: J. Esperança

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Mércia Rodrigues Silva Data Nasc.: 08/06/1986  
C. Ident. nº: MG1652115 Ocupação: Diarista Tel.: 98 257879  
Pai: Rafael de Almeida Data Nasc.: / /  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe  
 Outros: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: / / Tel.: \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avô/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem:



*e*



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: Perna que já quebrou

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona

Em caso de emergência, falar com: Mércia Tel: 980257879

**DADOS ESCOLARES**

Escola: Colégio Agrícola Grau:  1º  2º

Turma: 6º Dup Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Kawã Soares Silva

a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwoñdo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro:

Assinatura Responsável: Mércia Rodrigues Silva

*R*

Eu, Mércia R  
do RG MG 1659  
pela AMAS - Associ  
fins de divulgação d  
cartazes, redes socia  
por tempo indeterm  
que eu comunique p  
devido neste caso p  
contar do recebime





Registro Civil das Pessoas Naturais  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:  
KAUÃ SOARES DA SILVA

MATRÍCULA:  
058412 01 55 2011 1 00364 163 0246757 09

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Treze de junho de dois mil e onze  
DIA 13 MÊS 06 ANO 2011

HORA NASC 19h01min  
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Belo Horizonte/MG  
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF Belo Horizonte - MG  
LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Sofia Feldman, Distrito de Venda Nova  
SEXO Masc

FILIAÇÃO  
Filho de RAFAEL DE ASSIS SOARES e MÉRCIA RODRIGUES SILVA

AVÓS  
Mangel Soares da Silva e Elenice de Assis (paternos) e  
Henio Viturino Silva e Maristane Rodrigues Silva (maternos)

GÊNEO Sim  
NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊNEO(S)  
KAÍQUE SOARES DA SILVA Nº 058412 01 55 2011 1  
00364 163 0246756 28

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO Quatorze de junho de dois mil e onze  
Nº DNV 30-054843688-8

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
Ato registrado no livro A-364, às folhas 163 verso, sob o nº 246757.  
  
ISENTA DE EMOLUMENTOS

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Belo Horizonte, 14 de junho de 2011

Registro Civil das Pessoas Naturais  
do Distrito de Venda Nova

OFICIALA REGISTRADORA  
Ana Paula Fróes Machado da Fonseca  
Belo Horizonte - MG  
Rua Santa Antônio, 12





**SUS**

Este cartão é de uso pessoal e intraterritorial. Em caso de perda, comunicar ao Distrito Saúde.

DISQUE SAÚDE 136

704 3045 5401 5690

Data Nasc.: 08/06/1986

Sexo: F

MERCIA RODRIGUES SILVA

Sistema Único de Saúde

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-16.527.115

24/09/2010

MERCIA RODRIGUES SILVA

HENIO VITURINO SILVA

MARISTANE RODRIGUES SILVA

ESPÓSA M. DO SUACUI-MG 8/6/1986

NASC. LV-31A FL-566

SANTA MARIA DO SUACUI-MG

080248756-48

PR-2733 LETÍCIA ALESSI MACHADO ROGÉDO

2.VTA

*k*

REPUBLICA FEDERATIVA

CARTERA DE IDENTIDADE

Mercia Rodrigues Silva





# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Gabryelly Araújo Costa</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino
Data Nasc.: <u>05/05/2014</u>	Cert. Nasc. Termo: _____ Folha: _____ Livro: _____
C. Ident. nº: _____	Nacionalidade: _____
Endereço: <u>Rua/Av: R. Oroyfe N. Imbóssio Nº: 113</u>	Bairro: <u>N. Esperança</u>

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: <u>Glaziele Cecília Araújo Costa</u>	Data Nasc.: <u>22/07/1987</u>
C. Ident. nº: <u>MG 15155392</u>	Ocupação: <u>do lar</u> Tel.: <u>992437807</u>
Pai: _____	Data Nasc.: ____/____/____ Tel.: _____
C. Ident. nº: _____	Ocupação: _____
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:	
<input type="checkbox"/> Com os Pais <input type="checkbox"/> Somente com o Pai <input checked="" type="checkbox"/> Somente com a Mãe	
<input type="checkbox"/> Outros:	Data Nasc.: ____/____/____ Tel.: _____
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem:	
<input checked="" type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Avô/Avó <input type="checkbox"/> Primos/Primas <input type="checkbox"/> Outros – Quem:	



R

SAÚDE DA CRIANÇA

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual:

É alérgica?  Sim  Não Qual:

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate:

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: 5 vezes dor de ouvido

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: Dipirona 510mg

Em caso de emergência, falar com: mãe avô Tel: 915552221(avô)

DADOS ESCOLARES

Escola: Eugênia Schanli

Turma: 3º duar Período:  Manhã  Tarde  Noite

Grau:  1º  2º

AUTORIZAÇÃO

Autorizo meu filho(a) Gabryella Araújo Costa  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwondo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Gláuciele Cecília Araújo Costa

R



Eu



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**GABRYELLY ARAÚJO COTA**

CPF

**SEM INFORMAÇÃO**

MATRÍCULA:

0360530155 2014 1 00091 007 0052170 09

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinte e cinco de maio de dois mil e quatorze

DIA MÊS ANO

25/05/2014

HORA

20:11

NATURALIDADE

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade-MG

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Hospital Margarida, João Monlevade - MG

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

BRAÚLIO LOUREIRO LEITE,  
GLAZIELE CECILIA ARAÚJO COTA, natural de São Domingos do Prata - MG, residente em Rua Três, nº 186, B. Nova Esperança, João Monlevade - MG

AVÓS

MIGUEL SANCHES LEITE e MARIA DE LOURDES LOUREIRO LEITE  
JOSÉ PEDRO COTA e VITALINA ARAÚJO COTA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NAO

NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

vinte e oito de maio de dois mil e quatorze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-66212633-7

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

A margem consta elemento de averbação a margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DE ANOTAÇÃO	NÚMERO	DATA DE EMISSÃO	ORGÃO EMISSOR	DATA DE VALIDADE
RG	sem informação	---	---	---
PIS/NIS	sem informação	---	---	---
Passaporte	sem informação	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	sem informação	---	---	---
Título de Eleitor	sem informação	---	MUNICÍPIO	UF
CEP Residencial	sem informação	---	Grupo Sanguíneo	sem informação

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Rua Brasília, n. 91 - Lucília  
João Monlevade-MG. (31) 3851-2940  
cartorio@joaomonlevade@hotmail.com

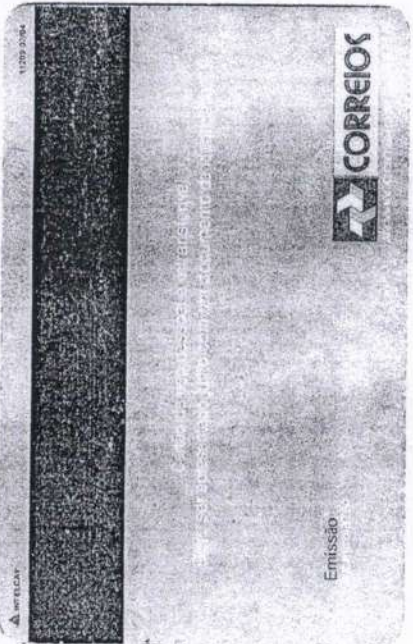
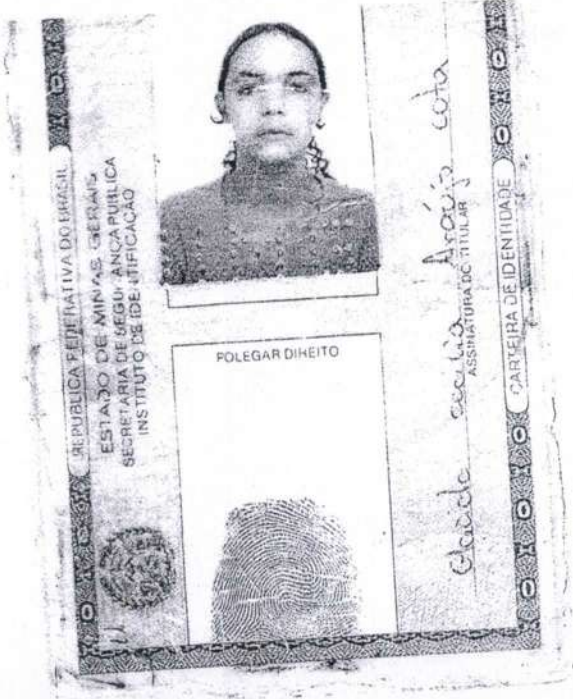
PODER JUDICIÁRIO - TJMG  
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA  
Registro Civil das Pessoas Naturais - MG  
Selos Digital: DFE21683 - Cod. Seg.: 0706 9364.8091.5046 -  
Cod. e Quantidade do(s) ato(s) Praticado(s): 1 (7802), 1  
(7901), 2 (8101) Ato(s) Praticado(s) por: Liria Azevedo  
Barony - escrevente - Emcl.: R\$ 0,00 - Tx.Judic.: R\$ 0,00 -  
Total: R\$ 0,00 - ISS: R\$ 0,00  
Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
João Monlevade-MG, 16 de janeiro de 2020.

*Liria Azevedo Barony*  
Assinatura do Oficial/Substituto  
**Liria Azevedo Barony**  
Escrevente  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais

*Guilherme Gonçalves Gomes*  
Estagiário  
Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil de Pessoas Naturais



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-15.155.392 DATA DE EMISSÃO 26/02/2004

NOME GLAZIELE GECILIA ARAUJO COTA

FILIAÇÃO JOSE PEDRO COTA

VITALINA ARAUJO COTA

NATURIDADE S. DOMINGOS DO PRATA-MG DATA DE NASCIMENTO 27/07/1987

DOC. DIRIGEM. NASC. LV-12A FL-46

VARGEM LINDA-MG

CPF

PTI-1344

ASS. MANUTENÇÃO DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

LEI Nº 7116 DE 29/08/2003

*R*



# Associação Metodista de Assistência Social

## FICHA DE MATRÍCULA

Matrícula: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gabriel Araújo Costa Andrade Sexo:  Masculino  Feminino  
Data Nasc.: 18/03/2010 Cert. Nasc. Termo: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: Bras.  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Bairro: Nova Esperança  
Endereço: Rua/Av: R. Onge Jilba de Fm. nº 113

### IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Mãe: Cezile Cecília Araújo Costa Data Nasc.: 27/07/1987  
C. Ident. nº: MG 15 155 392 Ocupação: do lar Tel.: 99 243 7807  
Pai: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
C. Ident. nº: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Com quem a Criança / Adolescente / Jovem mora:  
 Com os Pais  Somente com o Pai  Somente com a Mãe \*Data Nasc.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Outros:  
Quantas pessoas moram com a Criança / Adolescente / Jovem: \_\_\_\_\_  
 Irmão/Irmã  Tio/Tia  Avó/Avó  Primos/Primas  Outros – Quem: \_\_\_\_\_



R



**SAÚDE DA CRIANÇA**

Toma algum medicamento?  Sim  Não Qual: Risperidona - calmante

É alérgica?  Sim  Não Qual: Carilongo

Já desmaiou alguma vez?  Sim  Não Relate: Dor na perna direita

Queixa-se constantemente de alguma dor?  Sim  Não Relate: Dor na perna direita

Possui alguma necessidade especial:  Sim  Não - Qual:

Em caso de febre, dor de cabeça, toma algum medicamento?  Sim  Não - Qual: digipona 210mg  
Tel: 97555 2221 (avó)

Em caso de emergência, falar com: a mãe

**DADOS ESCOLARES**

Grau:  1º  2º

Escola: Colégio Higgins

Turma: 7º ano Período:  Manhã  Tarde  Noite

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo meu filho(a) Gabriel Araújo Costa Andrade  
a participar das seguintes oficinas:  Ballet  Taekwôndo  Futsal  Reforço Escolar  Educação Cristã

Outro: \_\_\_\_\_

Assinatura Responsável: Gláuciele Cecília Araújo Costa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

GABRYEL ARAÚJO COTA ANDRADE

CPF

Sem informação

MATRÍCULA:

0360530155 2010 1 00083 082 0047521 41

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

dezoito de março de dois mil e dez

DIA MÊS ANO  
18/03/2010

HORA

17.55

NATURALIDADE

João Monlevade - MG

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

João Monlevade-MG

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

hospital Margarida, João Monlevade - MG

SEXO

Masculino

FILIAÇÃO

MULLER ANDRADE CORRÊA,  
GLAZIELE CECILIA ARAUJO COTA, natural de São Domingos do Prata - MG, residente em Rua 03, nº 186  
B Nova Esperança - João Monlevade - MG

ELI BATISTA CORRÊA e OLINDA APARECIDA ANDRADE  
JOSE PEDRO COTA e VITALINA ARAUJO COTA

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NADA CONSTA

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

dezenove de março de dois mil e dez

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

00-45721236-0

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCEER

A presente certidão envolve elementos de averbação à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	sem informação	---	---	---
PIS/NIS	sem informação	---	---	---
Passaporte	sem informação	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	sem informação	---	---	---
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	sem informação	---	---	---
CEP Residencial	sem informação	---	---	---
			Grupo Sanguíneo	sem informação

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial: Rosa Maria Bedetti Frade Tavares  
Rua Brasília, n. 91 Lucília  
João Monlevade-MG. (31) 3851-2940  
cartorio.de.joao.monlevade@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro/Dou fé.  
João Monlevade-MG, 16 de janeiro de 2020.

*L. Barony*  
Assinatura do Oficial/Substituto

Liria Azevedo Barony

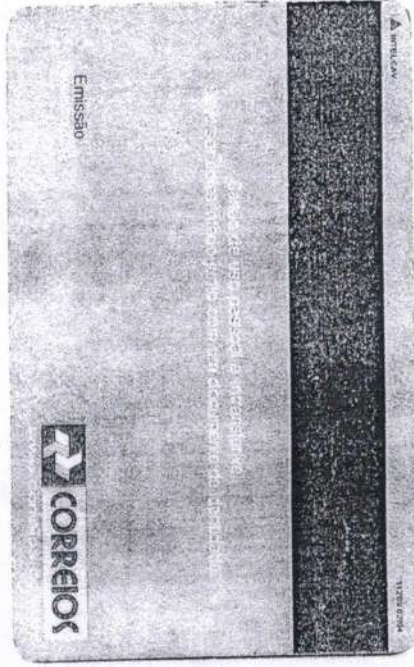
Escrivente

Serviço Registral de João Monlevade  
Registro Civil das Pessoas Naturais

PODER JUDICIÁRIO - TJMG  
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA  
Registro Civil das Pessoas Naturais - MG  
Seio Digital: DFE21693 - Cod. Seg.: 1940.4186.8442.3280 -  
Cod. e Quantidade do(s) ato(s) Praticado(s): 1 (7802), 1  
(7901), 2 (8101) Ato(s) Praticado(s) por: Liria Azevedo  
Barony Emol.: R\$ 0,00 - Tx.Judic.: R\$ 0,00 - Total: R\$ 0,00  
- ISS: R\$ 0,00  
Consulte a validade no site: <https://seios.tjmg.jus.br>



AA 007902680 MG-P



R







AMAS Monlevade &lt;amas.monlevade@gmail.com&gt;

**Re: Pendências Prestação de Contas TF 17/2022 - Parcial 1**

1 mensagem

SETOR DE PARCERIAS PMJM <setordeparceriaspmjm@gmail.com>  
Para: AMAS Monlevade <amas.monlevade@gmail.com>

23 de dezembro de 2022 às 14:08

**Boa Tarde Andréa,****Ainda temos uma pendência para a Prestação de Contas da Parcial 1 do TF 17/2022:****1) Demonstrativo de Receita e Despesa**

Corrigir datas no demonstrativo, conforme arquivo anexo.

**2) Anexo V - Declaração do Contador**

Enviar nova declaração com data igual ou superior a 14/12/2022, que é a data de emissão da Certidão Negativa do Contador.

Fico no aguardo das correções até 27/12/2022 e coloco-me à disposição caso precise.

**Atenciosamente,****Ramínie Moreira**

Setor de Parcerias - MROSC

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

Website: [www.pmjm.mg.gov.br](http://www.pmjm.mg.gov.br)

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Bairro Alvorada

CEP: 35930-027, João Monlevade - MG

Telefone (031) 3859-2500 / Ramal 2553

**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

Em qui., 24 de nov. de 2022 às 11:35, SETOR DE PARCERIAS PMJM &lt;setordeparceriaspmjm@gmail.com&gt; escreveu:

Andréa,  
Boa tarde.

Após análise da Prestação de Contas do TF 17/2022 - Parcial 1, foram encontradas a seguintes pendências:

**1) As páginas da Prestação Contas devem vir paginadas e rubricadas pelo responsável.**

Pedimos a gentileza que, para as próximas prestações, todas as páginas sejam entregues numeradas e paginadas.

**2) Público-Alvo**

Deve constar todas as metas do Plano de trabalho.

Caso alguma meta não tenha sido cumprida dentro do prazo, justificar neste quadro ou por meio de nota explicativa.

Obs.: Observar o cronograma de cumprimento de metas na última folha do plano de trabalho.

**3) Ações programadas e executadas**

Deve constar todas as metas e meios de realização do Plano de trabalho.



Colocar o mês que cada meta foi cumprida.

Obs.: Observar o cronograma de cumprimento de metas na última folha do plano de trabalho.

#### **4) Prestação de Contas incompleta**

Não consta na Prestação de Contas os Documentos exigidos para as metas, conforme prevê a coluna "PARÂMETROS A SEREM UTILIZADOS PARA A AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS" - Item 9 do Plano de Trabalho

- a) Contratar prestador de serviços para as atividades de Ballet e Taekwondo
- b) Contratar prestador de serviços para monitorar as atividades desenvolvidas na AMAS
- c) Adequar espaço físico para realização de aulas de reforço escolar, atividades artísticas, educativas e outras. Esta meta foi concluída, ou ainda possuem mais itens a serem comprados? Se ainda for comprar mais itens, no público-alvo deve ser colocado que foi cumprido parcialmente e justificar o motivo no campo adequado.
- d) Adquirir móveis (material permanente) adequado para a sala de reforço escolar e cozinha

#### **5) Demonstrativo de Receita e Despesa**

O banco não pode cobrar essas tarifas de transferência.

Caso o banco não tenha restituído este valor para a conta da parceria, o valor de R\$ 66,00 deverá ser devolvido pela OSC para conta da Parceria. Preencher Item 8, do Anexo III, enviar comprovante de devolução do valor, e trazer extrato bancário atualizado contendo o valor já na conta da parceria.

#### **6) Despesas com Aquisição de Material de Consumo**

Inserir Total das Despesa no Formulário

#### **7) Anexo V - Declaração do Contador**

Enviar nova declaração com data igual ou superior a 14/11/2022, que é a data de emissão da Certidão Negativa do Contador.

Ainda não analisei os orçamentos e as Notas Fiscais devido a Prestação estar incompleta. Na posse de todos os documentos, farei uma nova análise.

Caso tenha dúvidas, peço que entre em contato para agendarmos um horário. Fico no aguardo das correções e coloco-me à disposição caso precise.

Atenciosamente,

**Ramínie Moreira**

Setor de Parcerias - MROSC

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE

Website: [www.pmjm.mg.gov.br](http://www.pmjm.mg.gov.br)

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Bairro Alvorada

CEP: 35930-027, João Monlevade - MG


Telefone (031) 3859-2500 / Ramal 2553



**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

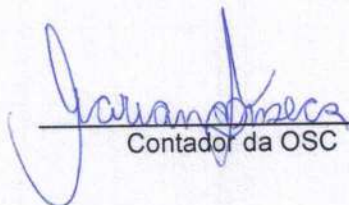
Administração 2021-2024

 BRN30055C6960F4\_051688.pdf  
369K

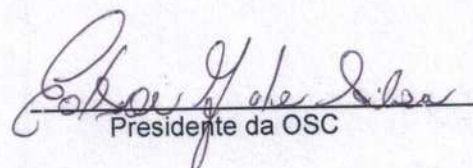
1 – EXTRATOS BANCÁRIOS

2 – DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESAS

DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA					
TERMO DE FOMENTO Nº:17/2022					
PERÍODO: 16/09/2022 A 14/12/2022					
RECEITA			DESPESA		
DATA	HISTÓRICO	VALOR	DATA	HISTÓRICO	VALOR
15/09/2022	<input type="checkbox"/> SALDO ANTERIOR	R\$ 0,00	19/10/22	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
16/09/2022	<input type="checkbox"/> REPASSE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	R\$ 53.750,00	20/10/2022	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
14/12/2022	<input type="checkbox"/> DEVOLUÇÃO DE TARIFA	R\$66,00	26/10/2022	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO (Item 5)	86,52
			25/10/2022	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	3.000,00
			26/10/2022	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	86,00
			26/10/2022	<input type="checkbox"/> DESPESAS COM MATERIAL DE CONSUMO	617,00
			31/10/2022	<input type="checkbox"/> TARIFAS BANCÁRIAS	66,00
	TOTAL DE RECEITAS	R\$ 53.816,00		TOTAL DE DESPESAS	R\$ 9.723,52
-	-	-		SALDO	R\$ 44.092,48

  
 Contador da OSC

Mariana Torres Fonseca  
 Rua Cerâmica, nº 17 - Carneirinhos  
 João Monlevade - MG - Tel. (31) 3951-2349  
 Contador - CRC-MG - 187.855 - CPF 050.258.570/05

  
 Presidente da OSC



**CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS PROFISSIONAL**

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..... : MARIANA TORRES FONSECA  
REGISTRO..... : MG-107855/O-8  
CATEGORIA..... : CONTADOR  
CPF..... : \*\*\*.180.576-\*\*

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, 14/12/2022 as 15:50:58.  
Válido até: 14/03/2023.  
Código de Controle: 379767.

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



**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



**PORTARIA Nº 474 /2022  
DE 28 DE DEZEMBRO DE 2022**

**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** Retifica-se a nomeação dos membros que compõem a Comissão de dos procedimentos de parcerias celebradas entre o Município de João Monlevade e as organizações da sociedade Civil, conforme previsto na legislação vigente, em especial 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**
- **RAMINIE APARECIDA DA SILVA MOREIRA**
- **VAENDER PESSOA DE CASTRO**
- **JOSÉ SILVÉRIO DOS SANTOS**
- **PRISCILA DAS GRAÇAS DA SILVA**

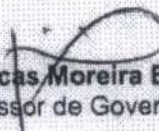
**Art. 2º** Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação

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

João Monlevade, em 28 de Dezembro de 2022.

  
**Laércio José Ribeiro**  
Prefeito Municipal

Registrada e publicada nesta Assessoria de Governo, ao vigésimo oitavo dia do mês de Dezembro de 2022.

  
**Gentil Lucas Moreira Bicalho**  
Assessor de Governo



**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024



### RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO

DADOS E INFORMAÇÕES DA PARCERIA
<b>ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
Responsável pelo acompanhamento da parceria: Rita de Cássia Andrade Ottoni
Telefone: (31) 3859-2553- E-mail: setordeparceriaspmjm@gmail.com
Termo de Fomento: Nº 17/2022
Vigência da parceria: 30/08/2022 a 30/04/2023
Valor global: R\$ 53.750,00 (cinquenta e três mil setecentos e cinquenta reais)
Parcela Única – repasse em 16/09/2022
Prestação de Contas: referente à Parcial Nº 01 – R\$ 9.855,52

MONITORAMENTO	
<b>OBJETO DA PARCERIA</b>	Possibilitar a realização das ações previstas no projeto “Um olhar para o futuro”, utilizando recursos do Fundo Municipal para Infância e a Adolescência (FMIA/JM), conforme detalhado no plano de trabalho.
<b>PERÍODO DAS ATIVIDADES</b>	Setembro a Outubro 2022.
<b>ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DA PARCERIA</b>	A OSC justificou o cumprimento parcial das metas nas notas explicativas constantes nas páginas 45, 46, 47 e 48. Verificou-se que a OSC teve dificuldades em apresentar a prestação de contas conforme orientação da Comissão de Monitoramento e da Gestora de Parcerias.
<b>RESULTADOS</b>	[ x ] parciais
<b>ACOMPANHAMENTO DAS METAS DA PARCERIA</b>	As metas definidas no plano de trabalho foram alcançadas parcialmente no período em análise.
<b>FATOS OBSERVADOS EM VISITAS TÉCNICAS E/OU REUNIÕES PERIÓDICAS</b>	Ressalta-se que a OSC carece de um planejamento mais eficiente para execução do objeto e cumprimento das metas em conformidade com o cronograma proposto e aprovado em plenária pelo CMDCA, o que demonstra limitação para gerir o recurso público empregado na parceria. A Comissão de Monitoramento e Avaliação encontrou dificuldades em analisar o Processo de Prestação de Contas entregue pela AMAS, uma vez que a OSC não anexou toda a documentação probante necessária, bem como entregou documentos ilegíveis e rasurados, o que ocasionou a solicitação dos demais documentos pelo Setor de Parcerias, conforme e-mail enviado na data 24/11/2022 – pág 40.

*Handwritten signatures and initials at the bottom of the report.*

COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - SETOR DE PARCERIAS

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Carneirinhos - João Monlevade / MG - CEP 35930-027  
Telefone: (31) 3859.2500 / 3859.2553 - Site: www.pmjm.gov.br - E-mail: setordeparceriaspmjm@gmail.com

#MROSC

**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

**AVALIAÇÃO**

<b>ANÁLISE QUANTITATIVA</b>	A OSC proporcionou atividades de ballet e de taekwondo para 24 crianças/ adolescentes no período em análise.
<b>ANÁLISE QUALITATIVA</b>	A adaptação e melhoria do espaço da OSC possibilitará aos usuários, seus familiares e colaboradores usufruírem de um ambiente agradável e acolhedor, visando o bem estar social de todos.
<b>IMPACTO DA PARCERIA</b>	<b>[ X ] Social</b>
<b>EFEITO SANEADOR DO MONITORAMENTO</b>	A OSC recebeu orientações para cumprimento das metas e execução 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.
<b>CONTROLE SOCIAL</b>	A Secretaria Municipal de Assistência Social, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e suas respectivas Comissões são responsáveis pelo monitoramento das ações.
<b>CONCLUSÃO</b>	Conclui-se que a Associação Metodista de Assistência Social executou parcialmente as ações descritas no plano de trabalho.

João Monlevade, 27 de abril de 2023.

**Rita de Cássia Andrade Ottoni**  
**Gestora de Parcerias - Portaria nº 286/2021 de 08/02/2021**

João Monlevade, 27 de abril de 2023.

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

**OBSERVAÇÕES:**

- A OSC devolveu o valor de R\$ 66,00 referente a despesa paga em desconformidade com o plano de trabalho (tarifa bancária).
- Os prazos determinados pelo Setor de Parcerias para apresentação de prestação de contas não foram cumpridos pela OSC.

**Vaender Pessoa de Castro**  
Membro da Comissão

**Pauliana Carla N. S. Silva**  
Membro da Comissão

**José Silvério dos Santos**  
Membro da Comissão

**Priscila das Graças da Silva**  
Membro da Comissão

**COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - Portaria Nº 474/2022 de 28 de Dezembro de 2022**

**COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - SETOR DE PARCERIAS**

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Carneirinhos - João Monlevade / MG - CEP 35930-027

Telefone: (31) 3859.2500 / 3859.2553 - Site: www.pmjm.gov.br - E-mail: setorparceriaspmjm@gmail.com



**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:**

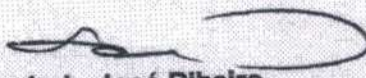
Art. 1º Nomear a servidora abaixo relacionada para exercer a função de gestora das parcerias e cooperações a serem celebradas entre o Município de João Monlevade e as Organizações da Sociedade Civil, conforme previsto na legislação vigente.

◆ **Rita de Cássia Andrade Ottoni**

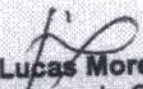
Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

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

Trata-se o presente documento de Parecer Técnico referente à prestação de contas do **Termo de Fomento N° 17/2022** formalizado entre o município de João Monlevade e a **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL-AMAS** na data de 25/08/2022, e consoante ao processo de Dispensa de Chamamento Público n° 010/2022, sob a responsabilidade do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente – CMDCA, por intermédio da Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS.

A análise e aprovação dos projetos/planos de trabalho são de responsabilidade do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente – CMDCA e por sua Comissão de Seleção, conforme deliberação da Plenária em Reunião Ordinária, realizada em 30/05/2022, Ata n° 429, 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 CMDCA constantes no processo administrativo de formalização da parceria. A execução, o monitoramento e a avaliação da parceria foram acompanhados e fiscalizados pelo CMDCA, 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.

Faz-se necessário registrar que foram cumpridas as determinações do art. 59 e seus incisos conforme apresentação do Relatório de Execução do Objeto (REO), do Relatório de Execução Financeira (REF), do Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação e dos documentos probantes previstos no plano de trabalho.

Observa-se que houve o cumprimento parcial das metas e a execução financeira foi condizente com a apresentação dos documentos fiscais comprovando as despesas efetuadas.

Cabe salientar que Lei Federal n° 13.019 de 31/07/2014, dispõe:

*“Art. 42 - ...XX - a responsabilidade exclusiva da organização da sociedade civil pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no termo de colaboração ou de fomento, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.*”

**Art. 61. São obrigações do gestor:**

**I - Acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;**

**II - Informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;**

**III - Vetado**

**COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - SETOR DE PARCERIAS**

Rua Geraldo Miranda, n° 337, Carneirinhos - João Monlevade / MG - CEP 35930-027

Telefone: (31) 3859.2500 / 3859.2553 - Site: [www.pmjm.gov.br](http://www.pmjm.gov.br) - E-mail: [setordeparceriaspmjm@gmail.com](mailto:setordeparceriaspmjm@gmail.com)



**JOÃO MONLEVADÉ**  
PREFEITURA MUNICIPAL  
Administração 2021-2024



*IV - Emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação de que trata o art. 59; (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)*

*V - Disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários às atividades de monitoramento e avaliação”.*

*“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”.*

Sendo assim, em consonância com a Lei 13.019/2014, atesto como **REGULAR COM RESSALVAS** a prestação de contas da **PARCIAL 01**, diante da demonstração da aplicação dos recursos públicos e dos resultados comprovados através da documentação apresentada pela OSC.

João Monlevade, 27 de abril 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



## DESPACHO

Encaminhamos os autos da prestação de contas composta de 219 folhas, incluindo esta, referente à **PARCIAL 01** do **TERMO DE FOMENTO Nº 17/2022 - AMAS**, cujo objeto é "Possibilitar a realização das ações previstas no projeto "Um olhar para o futuro", *utilizando recursos do Fundo Municipal para Infância e a Adolescência (FMIA/JM)*, na fase em que se encontra para análise e emissão do parecer da Secretaria de Planejamento, conforme art. 1º da Portaria nº 03/2019.

João Monlevade, 27 de abril de 2023.

Pauliana Carla Nazaré dos Santos Silva  
Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação

COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - SETOR DE PARCERIAS

Rua Geraldo Miranda, nº 337, Carneirinhos - João Monlevade / MG - CEP 35930-027

Telefone: (31) 3859.2500 / 3859.2553 - Site: [www.pmjm.gov.br](http://www.pmjm.gov.br) - E-mail: [setordeparceriaspmjm@gmail.com](mailto:setordeparceriaspmjm@gmail.com)



**JOÃO MONLEVADE**

PREFEITURA MUNICIPAL

Administração 2021-2024

## DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Declaramos para os devidos fins que a **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL- AMAS** apresentou a Prestação de Contas da Parcial 01 referente ao Termo de Fomento nº 17/2022, sendo aprovado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, conforme Plano de Trabalho.


Após análise da documentação apresentada, da manifestação da Comissão de Monitoramento e Avaliação (fls. 214/ 215) e da Gestora de Parcerias em seu Parecer Técnico de Prestação de Contas (fl. 217/218), e ainda, nos termos do art. 4º do Decreto Municipal nº 112/2018 e do art. 59, inciso VI e art. 66, § único da Lei Federal nº 13.019/14, **RECOMENDAMOS** pela **APROVAÇÃO COM RESSALVAS** da Prestação de Contas da Parcial 01 a que se refere o Termo de Fomento nº 17/2022, formalizado entre o Município de João Monlevade/MG e a **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL-AMAS**, haja vista que o objetivo e as metas foram alcançados parcialmente, no entanto, a parceria gerou, relativamente, benefício social e impacto social esperado.

Ressalvamos que a fiscalização, controle, avaliação e vistoria das atividades, tendo em vista o cumprimento das metas estabelecidas, ficaram a cargo da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Ressaltamos que a OSC tenha mais zelo na execução do objeto pactuado principalmente a que se refere aos beneficiários da parceria e nos prazos corretos para apresentação da prestação de contas.

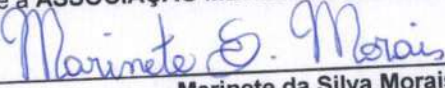
João Monlevade, 28 de maio de 2023.

  
\_\_\_\_\_  
**Angélica Maria Silva Bueno Drumond**  
Controladora Interna

  
\_\_\_\_\_  
**Fabrício Pinto de Melo Lopes**  
Secretário Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico

## MANIFESTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Por todo exposto e em conformidade com o art. 70 do Decreto Municipal nº 112/2018, **MANIFESTO** pela **APROVAÇÃO COM RESSALVAS** da Prestação de Contas da Parcial 01 a que se refere o Termo de Fomento nº 17/2022 formalizado entre o Município de João Monlevade/MG e a **ASSOCIAÇÃO METODISTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL- AMAS**.

  
\_\_\_\_\_  
**Marinete da Silva Moraes**  
Secretária Municipal de Assistência Social