

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/05/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.27.59
5679005679 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO S - ABAS
AGENCIA: 5679-0 CONTA: 599.356-3

=====

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202405291925DEUH13VAIDD
CNPJ DO PAGADOR: 10.624.654/0001-40
VALOR: R\$7.500,00
TARIFA: R\$10,00
DATA: 29/05/2024 - 16:27:35

PAGO PARA: Escola de Micropigmentacao
CNPJ: 32.909.042/0001-36
CHAVE PIX: 32909042000136
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS S.A.
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000148195912
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
com valor máximo de R\$10.00. O valor definitivo
poderá ser consultado no BB DPJ.

Notificacao enviada em: 29/05/2024 - 16:27:36

=====

DOCUMENTO: 052901
AUTENTICACAO SISBB: C.68F.D9D.AF5.BDD.C63

=====

Use o Pix pra receber as vendas na hora. Crie o
QR Code do pagamento no App ou BB Digital. O
cliente aponta o celular, confirma e pronto!

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001

Consultas, informacoes e servicos transacionais

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

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e Demais canais de
atendimento.

**ATESTO QUE O SERVIÇO
FOI PRESTADO E/OU
MATERIAL FORNECIDO**

29 / 05 / 2024

Thiana Leiva
Letia Gray

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Chave de Acesso da NFS-e

3106705223290904200013600000000000524055797454280

Número da NFS-e

5

Competência da NFS-e

28/05/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

28/05/2024 15:04:20

Número da DPS

5

Série da DPS

900

Data e Hora da emissão da DPS

28/05/2024 15:04:20



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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF

32.909.042/0001-36

Inscrição Municipal

-

Telefone

(31) 3594-8994

Nome / Nome Empresarial

MARCELLE DE BARROS MARQUES DA SILVA 10296104604

E-mail

ESCRITORIOVIRTUALMGMARCELE@HOTMAIL.COM

Endereço

PROFESSOR OSVALDO FRANCO, 90, CENTRO

Município

Betim - MG

CEP

32600-234

Simples Nacional na Data de Competência

Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN

-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF

10.624.654/0001-40

Inscrição Municipal

-

Telefone

-

Nome / Nome Empresarial

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL - ABAS

E-mail

-

Endereço

GURUPI, 260, PARQUE SAO JOAO

Município

Contagem - MG

CEP

32342-130

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional

06.02.01 - Esteticistas, tratamento de pele, depilação e congêneres.

Código de Tributação Municipal

-

Local da Prestação

Contagem - MG

País da Prestação

-

Descrição do Serviço

DESCRICAÇÃO DO SERVIÇO: CURSO DE ALONGAMENTO DE CÍLIOS PARA 50 ALUNAS, REALIZADO NO DIA 24/05/2024 E 29/05/2024.

TERMO FOMENTO 014/2023

AGÊNCIA 0001

CONTA:14819591-2

BANCO: 02260.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

-

Município de Incidência do ISSQN
Betim - MGRegime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade

-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão

-

Benefício Municipal

-

Valor do Serviço

R\$ 7.500,00

Desconto Incondicionado

-

Total Deduções/Reduções

-

Cálculo do BM

-

BC ISSQN

-

Alíquota Aplicada

-

Retenção do ISSQN

Não Retido

ISSQN Apurado

-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF

-

CP

-

CSLL

-

PIS

-

COFINS

-

Retenção do PIS/COFINS

-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL

-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço

R\$ 7.500,00

Desconto Condicionado

R\$

Desconto Incondicionado

R\$

ISSQN Retido

-

IRRF, CP,CSLL - Retidos

R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos

-

Valor Líquido da NFS-e

R\$ 7.500,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ATESTO QUE O SERVIÇO
FOI PRESTADO E/OU
MATERIAL FORNECIDO

29 / 05 / 2024

Uiane Pereira de Jesus
Katrine Kelly de Almeida



ESCOLA DE MICROPIGMENTAÇÃO

Rua Professor Osvaldo Franco, 90 CENTRO
BETIM/MG

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

RUA GURUPI, 260

PARQUE SÃO JOÃO-Contagem/MG - CEP:32342130

CNPJ/CPF: 10.624.654/0001-40

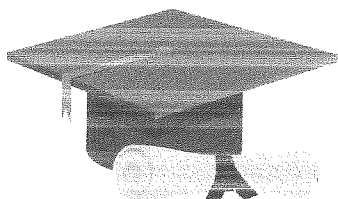
Curso de Alongamento de Cílios - 150,00 50 unidades. R\$ 7.500,00

Total: R\$ 7.500,00

Telefone: (31) 98474-9014

MARCELLE DE BARROS MARQUES DA SILVA
CNPJ: 32.909.042/0001-36

Betim, 24 de Maio de 2024



RENATA BRUNO SANTOS LOPES

Rua Rio de Janeiro, 533
TEREZA CRISTINA- SÃO JOAQUIM DE BICAS/MG
CNPJ: 52.314.441/0001-61
Telephone: (31) 92000-3836

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

RUA GURUPI, 260

PARQUE SÃO JOÃO-Contagem/MG - CEP:32342130

CNPJ/CPF: 10.624.654/0001-40

Curso de Alongamento de Cílios para 50 pessoas.

R\$ 7.900,00

Total:

R\$ 7.900,00

São Joaquim de Bicas, 24 de Maio de 2024



INSTITUTO ANA HICKMANN BETIM

Rua Romualda Augusta de Melo, 32 - 4º Pavimento
CENTRO - BETIM/MG
32.600-098

ASSOCIACAO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

RUA GURUPI, 260 - PARQUE SÃO JOÃO-Contagem/MG - CEP:32342130

CNPJ/CPF: 10.624.654/0001-40

Curso de Alongamento de Cílios. 50 cursos.

R\$ 8.400,00

Total: R\$ 8.400,00

Betim, 24 de Maio de 2024

43.449.244/0001-69
INSTITUTO ANA HICKMANN BETIM
R ROMUALDA AUGUSTA DE MELO, 32
Centro- BETIM/ MG

Marcelle de Barros Marques da Silva Menezes

GRADUANDA EM BIOMEDICINA

☎ Telefone: (31) 98464-9014

✉ escritoriovirtualmgmarcele@hotmail.com

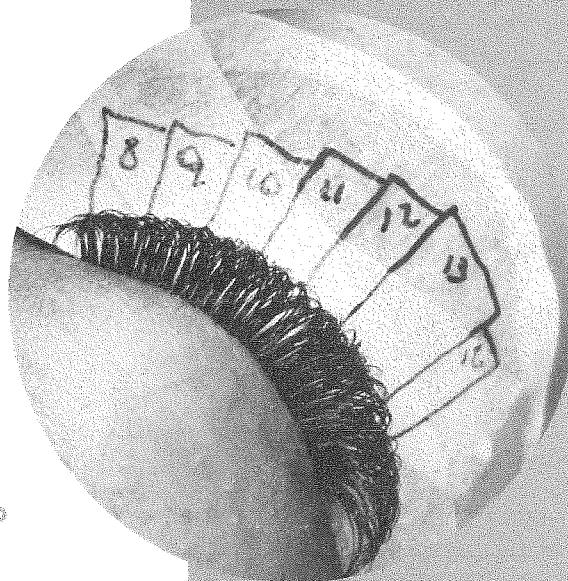
🏠 Rua Beirute nº1008, Duque de Caxias, Betim

📷 marcellemenezesmicro



FORMAÇÃO

- Ensino médio completo
- Curso de Micropigmentação e designer de sobrancelhas 2014
- Estudante de Biomedicina
- Curso de alongamento de Cílios em Escola de Cílios BH Nilda Durães - 2021



EXPERIÊNCIAS

BUONA ESTETIKA ARGENTINA

35º Expo Congresso Internacional de Estética

Data: 8 a 9 de junho 2019

Local: Golden Center, Parque Norte - Buenos Aires, Argentina

Por: Fore-Run Emprendimientos

10 anos de atuação no mercado de Micropigmentação e designer de sobrancelhas e alongamento de cílios

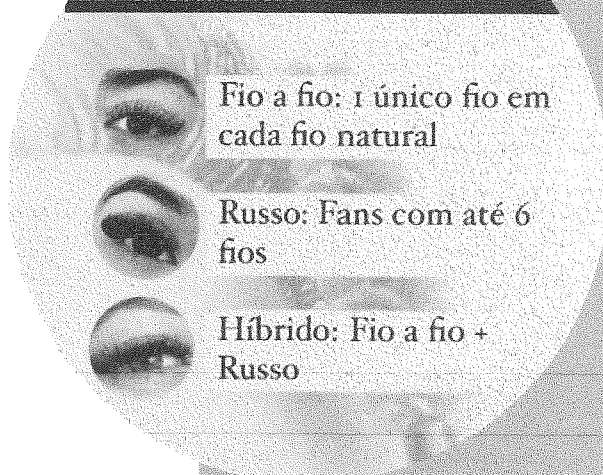
Mais de 800 alunas (os) formados

Como é cada técnica?

Fio a fio: 1 único fio em cada fio natural

Russo: Fans com até 6 fios

Híbrido: Fio a fio + Russo



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL - ABAS, inscrito no CNPJ sob nº 10.624.654/0001-40, localizada na rua Gurupi 260, Parque São João, Contagem/MG, Cep: 32.342-130, representado neste ato pelo seu presidente, Rosilene Moreira Gomes Rosa, portador do RG MG-14.502.817 e inscrito no CPF sob nº 072.796.776-22, residente e domiciliada à Rua de Roma, 122 Duque de Caxias, Betim/MG CEP: 32673584

CONTRATADO: MARCELLE DE BARROS MARQUES DA SILVA, CNPJ: 32.909.042/0001-36, Rua/Av. RUA PROFESSOR OSVALDO FRANCO,90 - Bairro: CENTRO CEP: 32600-234, Cidade: Betim - MG.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

Prestar serviços de Curso de alongamento de Cílios para 50 alunos dividida em duas turmas nos dias 24/05/2024 e 29/05/2024.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO:

Pela prestação dos serviços, objeto deste contrato, a CONTRATADA receberá o valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- Realizar um curso de alongamento de cílios, ensinando técnicas e pratica.
- Durante o curso terá aulas teórica e pratica, medidas e detalhes.
- Levar, imediatamente, ao conhecimento da contratante, qualquer fato extraordinário ou anormal que ocorra durante a execução do serviço, para adoção de medidas cabíveis, bem como, comunicar por escrito e de forma detalhada, todo tipo de acidente que eventualmente, venha a ocorrer;
- Prover o pessoal necessário para fins de garantir a execução do contrato.
- Responder pelo cumprimento dos postulados legais vigentes no âmbito federal, estadual ou municipal;
- Responder pelos danos causados ao contratante ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, quando da execução do contrato;

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

- Efetuar os devidos pagamentos de acordo com as condições de preços e prazos deste contrato;
- Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pela Contratada;
- Fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas, inclusive quando à continuidade do contrato que, ressalvados os casos de força maior.
- Fornecer os dados solicitados pela Contratada, por escrito e no prazo estipulado neste contrato, de acordo com as orientações emanadas deste;
- A contratante compromete-se a efetuar o pagamento, conforme ajustado neste instrumento.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA:

O presente contrato vigora da data de sua assinatura por um período único referente ao serviço prestado, sendo realizado em dois dias distintos.

CLÁUSULA SEXTA - DOS ENCARGOS SOCIAIS:

As despesas com deslocamento, encargos sociais, fiscais, previdenciários e trabalhistas e quaisquer outros que se fizerem necessários ao cumprimento do presente contrato, serão suportadas pelo(a) CONTRATADA, sendo esta responsável exclusiva pelas ações penais, cíveis, comerciais que puderem advir da prestação dos referidos serviços.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS PENALIDADES:

A inexecução parcial ou total deste contrato ensejará multa de 10% sobre o valor do contrato a parte que der causa.

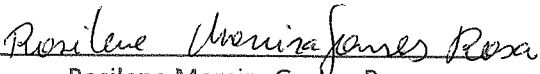
CLÁUSULA OITAVA - RESCISÃO DO CONTRATO

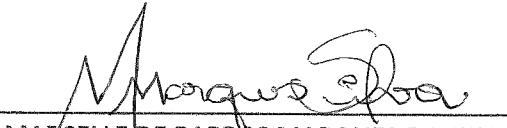
O descumprimento por qualquer das partes assegura o direito de rescisão, sem prejuízo das demais cominações cabíveis.

CLÁUSULA NONA - DO FORO:

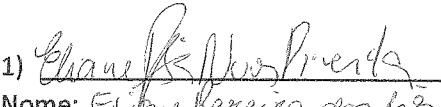
É competente o Foro da comarca de Contagem para dirimir qualquer controvérsia que se originar deste contrato. E, por estarem assim certas e ajustadas, as partes assinam este instrumento, em três vias de igual teor e forma, após lidas e achadas conforme.

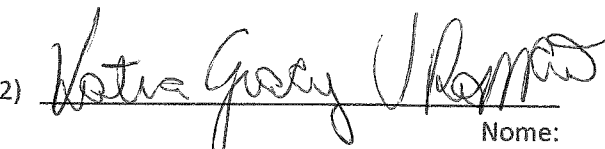
Contagem, 24 de Maio 2024.


Rosilene Moreira Gomes Rosa
Associação Beneficente de Amparo Social – abas


MARCELLE DE BARROS MARQUES DA SILVA
32.909.042/0001-36

Testemunhas:

1) 
Nome: Elaine Pereira dos Santos
CPF: 11243860652

2) 
Nome: Natia Guedes
CPF: 05823934696



ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE AMPARO SOCIAL

ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

RELATÓRIO ALONGAMENTO DE CÍLIOS

Com este curso, o aluno poderá atuar como Lash Designer, aplicando técnicas de preenchimento e volumização de cílios para proporcionar a harmonia e o embelezamento do olhar de suas clientes.

Será ensinado como curvar e alongar cílios, aplicando técnicas de fio a fio e grandes volumes, para valorizar o olhar de clientes.

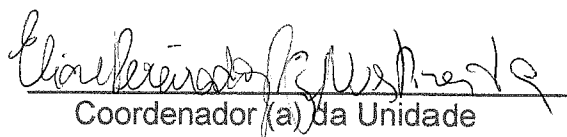
No curso de Extensão de cílios o aluno irá aprender a trabalhar com técnicas desde anatomia dos olhos e pelos, colagem e remoção de fios, até o funcionamento e preparação do ambiente profissional para este procedimento, contando com a prática em modelo.

O curso ocorrerá em dois dias, sendo o primeiro no dia 24 de Maio e no dia 29 de Maio.

Contagem, 24 de Maio de 2024



Instrutor(a)



Coordenador(a) da Unidade



SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

LISTA DE FREQUÊNCIA

Dados do Executor

Razão Social: Associação Beneficente de Amparo Social

CNPJ:10.624.654/0001-40

Dados Projeto Social

Nome do Projeto: Acolher

Nº do Termo de () Fomento ou (x) Colaboração:

Atividade: CURSO DE CILIOS

Profissional Responsável (Professor/Oficineiro): MARCELLE MENESES

Horário das atividades: 8H AS 17H

Coordenador da atividade: ELIANE PEREIRA DOS ANJOS NUNES PIMENTA

Mês: MAIO

Ano: 2024

Relação de beneficiários inscritos

[illegible]

PREFEITURA DE CONTAGEM											
SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA											
CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS											
1. NOME DO PROJETO: Projeto Acolher											
3. NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC: Associação Beneficente de Amparo Social - ABAS											
2. Nº DO TERMO DE PARCERIA											
014/2023											
4. Nº PRESTAÇÃO CONTAS											
5. PERÍODO (Mensal)											
01/05/2024 a 31/05/2024											
12. BAIRRO											
13. REGIONAL											
11. ENDEREÇO RESIDENCIAL											
10. DATA NASCIMENTO											
9. TELEFONE(S) DE CONTATO											
8. ATIVIDADE PARTICIPANTE											
7. RG OU CPF											
6. NOME DO BENEFICIÁRIO											
1	ADNA CRISTINE MELO CAMPOS	134.213.626-88	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 97341-4287	01/05/1997	R. VISTA CHINESA, 302	TIJUCA	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
2	ADRIELLE OHANA RIBEIRO MARTINS	085.596.616-54	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99692-2709	06/04/1988	RUA ESMERALDA, 424	SAO JOAQUIM	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
3	ALINE DA SILVA RAIMUNDO	131.458.136-84	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99838-5547	01/08/1994	AV. NOSSA S. DA CONCEIÇÃO, 1100	CENTRO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
4	ALINE EMBURANA	080.973.046-43	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98308-8323	08/02/1988	REFINARIA CUBATÃO, 393	PETROLANDIA	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
5	AMANDA PEREIRA DE JESUS	704.557.896-22	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98811-3849	24/05/2000	BC. MANOEL BANDEIRA, 5	PARQUE SÃO JOÃO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
6	ANA CLARA MOREIRA RIOS	167.067.446-03	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99179-8107	26/01/2008	R. CAPRI, 207	SANTA CRUZ	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
7	ANA PAULA CANDIDA	129.097.066-13	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99080-1492	25/01/1993	R. P, 107	NOVA CONTAGEM	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
8	CAMILA EMILY SANTOS VILELA	145.991.146-69	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99424-3649	28/02/1989	R. OITO, 2158	INDUSTRIAL	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
9	CARLA LOURENÇO	124.960.886-47	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99384-3570	28/06/1994	BECO TIRADENTES, 201	NOVA CONTAGEM	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
10	CARLA SOARES DE OLIVEIRA	128.484.956-26	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98393-8157	04/12/1996	R. TEOFILO OTONI, 153	FONTE GRANDE	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
11	DEBORA LIRIA OLIVEIRA A. CORREA	099.259.866-48	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98880-0816	20/05/1991	R. VL 10, 74	DARCY RIBEIRO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
12	DIULIA PRISCILA DE SOUZA FURTADO	091.188.956-62	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98951-4431	14/03/1990	BC. PEDRO BLOSH, 19	PARQUE SÃO JOÃO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
13	EDNA CANDIDA	090.345.716-45	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99251-7151	09/08/1988	RUA RETIRO DAS ESMERALDAS, 342	RETIRO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
14	ELIZABETHE PEREIRA SOUTO	616.305.436-91	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98834-8805	19/10/1963	AV. PEDRO OLIMPIO DA FONSECA, 874	SANTA CRUZ	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
15	EMILIENE BATISTA DA SILVA	014.679.046-43	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98707-2125	25/01/1982	R. NOVO HORIZONTE, 53	VILA RENASCE	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
16	EMILIENE FATIMA CARVALHO SILVA	057.887.756-20	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99876-4434	24/08/1999	R. PATRICIA AP. DOS SANTOS, 95	ESTALEIRO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
17	FRANCIELE AIANE FERREIRA DOS S.	123.056.526-40	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99277-4537	19/05/1992	R. NOVO PROGRESSO, 3	NOVA CONTAGEM	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
18	GABRIELLY TEODORO DE ALMEIDA	189.389.686-26	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98629-5932	23/12/2006	RUA VL 27, 339	NOVA CONTAGEM	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
19	GISELE CRUZ DA SILVA	018.419.656-69	CURSO PROFISSIONALIZANTE	33 99802-0795	19/01/1998	RUA UM, 10	VILA ITALIA	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
20	GIVALDINA CONCEIÇÃO PEREIRA M.	043.369.976-08	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99403-3118	30/07/1975	R. ITAPERUNA, 87	BEATRIZ	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
21	HELOANE RAMOS DE CARVALHO	139.083.096-97	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98493-2739	03/07/1997	R. GURUPI, 276	PARQUE SÃO JOÃO	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
22	ISADORA MAIA FERNANDES	129.208.126-02	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99148-5957	21/03/2003	AV. PREFEITO GIL DINIZ, 450	FONTE GRANDE	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
23	IVANETE JANUARIA DA SILVA	069.239.816-38	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99292-7374	21/02/1985	R. CEL. GABRIEL DE ANDRADE, 356	INDUSTRIAL	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE
24	JAIANE RODRIGUES MOMEDE MENDES	102.312.766-05	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99117-7798	14/12/1990	R. ITAMARATI, 236	BEATRIZ	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES	INDUSTRIAL	SEDE

25	JESSICA DOS SANTOS NASCIMENTO	053.479.665-64	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99170-5716	03/06/1993	AV. VL 21, 205	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES
26	JOSE DAVI BRITO ROMÃO FILHO	160.723.456-46	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99268-2954	05/07/2024	R. BEIRA CAMPO, 170	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES
27	JULIA GONÇALVES FIGUEIREDO	153.231.166-41	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98708-4483	03/01/2004	R. RETIRO DAS ANDORINHAS, 441	RETIRO	V. DAS FLORES
28	JULIANA LUIZ DOS SANTOS	091.031.156-07	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98692-4524	18/09/1993	BC. NEWTON CARDOSO, 1013	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES
29	KATIA CARLA PEREIRA	041.953.366-43	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99304-8204	27/12/1979	R. JOAO VENANCIO FERREIRA, 149	CANADA	SEDE
30	KETANY PAULA ALVES PENEDO	123.979.306-50	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 97539-0175	30/03/1998	R. UM, 46	FONTE GRANDE	SEDE
31	KETHLEN LORRANE DE ALMEIDA DA S.	134.801.476-82	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99789-7379	01/05/1998	R. RETIRO DOS JOVENS	RETIRO	V. DAS FLORES
32	LAURA BETANIA TEIXEIRA DA SILVA	112.196.956-96	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99863-7377	23/07/1999	R. A, 272	RETIRO	V. DAS FLORES
33	LETICIA JOAANNA FONTES DOS PASSOS	023.227.726-58	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98236-7483	05/12/2005	R. JOSE GERALDO DA SILVA, 181	FUNCIONARIOS	SEDE
34	LORENA PRISCILA FIGUEIREDO	187.390.666-81	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 8951-4431	29/03/2009	BC. PEDRO BLOSH, 19	PARQUE SÃO JOÃO	ELDORADO
35	LUANA MARIA VIEIRA SOUZA	127.862.136-90	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98777-9308	27/02/1995	R. MARIA RITA DINIZ, 137	CAMILA ALVES	SEDE
36	MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA COSTA	295.836.326-00	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99191-3158	20/05/1957	R. ANTONIO JOAQUIM SANTANA, 241	FONTE GRANDE	SEDE
37	MARIA JOSE MENDES ESTEVAO	932.952.196-72	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99272-4097	24/08/1972	RUA QUATORZE, 74	PARQUE SÃO JOÃO	ELDORADO
38	MAYRA ROBERTO FONTES FELICIO	083.387.756-90	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99628-7650	23/01/1991	R. JOSE GERALDO DA SILVA, 181	FUNCIONARIOS	SEDE
39	NATALE VITORIA M. HILARIO	149.956.446-52	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 97267-7956	29/10/2002	R. PASSARO PRETO, 124	TUPA	V. DAS FLORES
40	NEIDE MIRANDA	662.054.846-68	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98418-3269	21/04/1962	R. ROMA, 450	RIACHO	RIACHO
41	PALOMA ESTEFANE GONÇALVES FARIA	167.635.284-85	CURSO PROFISSIONALIZANTE	33 99833-6869	01/11/2008	R. DAS FLAUTAS, 32	ESTANCIAS IMPERIAS	PETROLANDIA
42	RAIANE CARDOSO JORGE	136.580.916-14	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99332-7302	08/10/1998	R. B, 179	CAMPO ALTO	PETROLANDIA
43	RAYELLE GOMES DA SILVA	139.099.786-30	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99432-8725	03/07/1998	R. JOSE GERALDO DA SILVA, 181	FUNCIONARIOS	SEDE
44	REGIANE ELISEU PEREIRA	108.702.286-09	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99963-8676	30/06/1988	R. BOM SUCESSO, 96	VILA RENAScer	V. DAS FLORES
45	RITHIELLY CRISTINY MAXIMO GONZALEZ	145.100.536-90	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99279-9106	25/02/2006	RUA RETIRO DOS IMIGRANTES, 1364	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES
46	ROSENETE GOMES VIEIRA		CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99510-6695	06/04/1987	R. TRINTA E UM, 401	TROPICAL	PETROLANDIA
47	TATIANA CASSIA DOS SANTOS	019.499.766-96	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99202-9728	09/02/1998	RUA VP1	NOVA CONTAGEM	V. DAS FLORES
48	THAINA SILVA FERREIRA	121.069.676-24	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98340-8673	03/09/1994	RUA ROSALINA, 308	VILA RENAScer	V. DAS FLORES
49	VERONICA CAMILA DE JESUS	139.498.756-03	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 98314-4574	03/04/2001	R. DEZESES, 378	PARQUE SÃO JOÃO	ELDORADO
50	VIVIANE DAMASCENO	013.294.466-90	CURSO PROFISSIONALIZANTE	31 99372-5615	09/11/1980	R. PEROBAS 8, 82	PEROBAS 2	ELDORADO



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Adna Cristine Melo Campos

DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1997

RG: MG 20.460-705

IDADE: 27 ANOS

CARTÃO DO SUS: _____

NIS: _____

CPF: 13421362688

Nº T. E: _____

T-E: S C: S

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____

ENDEREÇO: Rua vista chinesa 302

Nº _____

BAIRRO: TIJUCA

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32180090

CIDADE: CONTAGEM

REGIONAL: NACIONAL

TELEFONE: 31973414287

WHATSAPP: _____

RECADO: _____

EMAIL: adnamelocampos@gmail.com

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino superior completo RAÇA/COR: BRANCA

GENERO: () M (☒) F () O

RENDIA FAMILIAR: () Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários (☒) Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM (☒) NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS

() Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

Adna Cristine Melo Campos
ASSINATURA

Gabrielle Sharma
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Aline da Silva Raimundo IDADE 29 ANOSDATA NASCIMENTO: 01/08/1994 RG: MG 17503179 CPF: 131.458.136-84CARTÃO SUS: 706 405139403986 NIS: _____ T-E: S C: S

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Av. Nossa Senhora da Conceição Nº 1400BAIRRO: Centro COMPLEMENTO: Ap 402 Bl 4CEP: 32044-180 CIDADE: Contagem REGIONAL: SedeTEL: _____ WHATSAPP: 99838-5547 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ens. Fund. Incom. RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (X) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda (X) Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (X) Sim () Não Qual: Bolsa família

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: língua () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Aline da Silva Raimundo

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Almeida Emburana IDADE ANOS
DATA NASCIMENTO: 08/02/88 RG: 14989127 CPF: 0697304643
CARTÃO SUS: NIS:

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual:
ENDERECO: Rua Maria Luiza Nº 393 BAIRRO: Retirocândia
CEP: 32043-330 CIDADE: Contagem REGIONAL:

TEL: (SAPP) 983088323 RECADO:

EMAIL: almeidaemburana@gmail.com INSTAGRAM:

ESCOLARIDADE: Medio Completo RAÇA/COR: Parda GENERO: () M ☒ F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros:

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual:

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

☒ Curso: Temas Libres () Reforço Escolar () Outros:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA / /

Almeida Emburana Silva

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Amanda Pereira de Jesus IDADE 24 ANOSDATA NASCIMENTO: 24 / 05 / 2000 RG: 22604850 CPF: 70455789622

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: _____ C: _____

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (x) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Rua Manoel Bandeira Nº 5BAIRRO: Parque São João COMPLEMENTO: CasaCEP: 32342-144 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: (31) 9 88113849 WHATSAPP: _____ RECADO: _____EMAIL: Felipedannyel@gmail.com INSTAGRAM: amandapereira4862ESCOLARIDADE: Fundamental RAÇA/COR: preta GENERO: () M (x) F () O

RENDIA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim (x) Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Amanda Pereira de Jesus

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Ana Clara Moreira Rios IDADE 16 ANOSDATA NASCIMENTO: 26/01/08 RG: MG 22687215 CPF: 167067446-03

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Lapri Nº 207 BAIRRO: Santa CruzCEP: 32.340-210 CIDADE: Contagem REGIONAL: RiachoTEL: _____ WHATSAPP: 99179-8107 RECADO: _____EMAIL: moreiraanaclara260@gmail.com INSTAGRAM: -anaclara008-ESCOLARIDADE: Ens. Médio Incomp. RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (X) F () O

RENDIA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário (X) Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (X) Sim () Não Qual: BF

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Ana Clara Moreira Rios

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Ana Paula Cândido IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 15/01/1993 RG: 19133067 CPF: 12909706813

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Rua P Nº 107 BAIRRO: Nova ContagemCEP: 32050818 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 99080-1492 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ens. médio comp RAÇA/COR: Negra GÊNERO: () M (X) F () O

RENDIMENTO FAMILIAR: (X) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (X) Sim () Não Qual: BF

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: Curso Cílios () Reforço Escolar () Outros: _____**Autorização de uso de imagem e dados pessoais**

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Ana Paula Cândido

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Carla Lourenço IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 28/06/94 RG: 17176879 CPF: 12496088647
CARTÃO DO SUS: 706003826196043 NIS: 12496088647 T-E: S C: S
Nº T. E: 205251590256 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Beco Tiradentes Nº
BAIRRO: Nova contagem COMPLEMENTO:
CEP: 32052001 CIDADE: CONTAGEM REGIONAL:
TELEFONE: 3199384-3570 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: carlarafaela12018@gmail.co INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: AMARELO GENERO: () M (X) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (X) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(X) Curso: ESTENÇÃO DE CILIOS () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA: 24/05/24

Carla Lourenço
ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Carla Soares de Oliveira IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1996 RG: MG 12454925 CPF: 12848495826
CARTÃO DO SUS: NIS: 16456223009 T-E: S C: N
Nº T. E: POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua Teófilo Otoni 153 Nº
BAIRRO: Santa Gertrudes COMPLEMENTO:
CEP: 32013140 CIDADE: contagem REGIONAL:
TELEFONE: 31983938157 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: Marquirandea@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino fundamental incon RAÇA/COR: pardo GÊNERO: () M (x) F () O
RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(x) Curso: extensão de cílios () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Carla Soares de Oliveira
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Debora Lirica J A Correia IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 20/05/93 RG: 15812644 CPF: 09925986648

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Uelio Nº 74 BAIRRO: Parque RibeiroCEP: 32060513 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 988800816 RECADO: _____EMAIL: debora.lirica@gmail.com INSTAGRAM: _____ESCOLARIDADE: Medio completa RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (X) F () O

RENDA FAMILIAR: (X) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: alteração de nome () Reforço Escolar () Outros: _____**Autorização de uso de imagem e dados pessoais**

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Debora Lirica Correia

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,
32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG**INSCRIÇÃO**NOME COMPLETO: Dívia Priscila de Souza Furtado IDADE 39 ANOSDATA NASCIMENTO: 14/03/90 RG: MG 188 CPF: 091.188.956-62CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: 5 C: 5

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (x) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Beco Pedro Bloch Nº 19BAIRRO: PS7 COMPLEMENTO: _____CEP: 32342179 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 98951-4431 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ens. Fund. Incomp. RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (x) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda (x) Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (x) Sim () Não Qual: BF

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: álgebra () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Dívia Priscila de Souza Furtado

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Edna Candida IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 09081988 RG: 11794737 CPF: 09034571645
CARTÃO DO SUS: 708106570838236 NIS: 129137491100 T-E: s C: n
Nº T. E: 175232620281 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua Retiro das Esmeraldas, 342, retiro Nº
BAIRRO: COMPLEMENTO:
CEP: 32050390 CIDADE: contagem REGIONAL:
TELEFONE: 31992517151 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: dinhaejuju38@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: pardo GÊNERO: () M (x) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (x) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(x) Curso: extensão de cílios () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA: 29/05/24

Edna Candida

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Elizabeth Pereira Souto IDADE: _____ ANOS
DATA NASCIMENTO: 19 / 10 / 63 RG: 2898769 CPF: 816 30543691
CARTÃO SUS: _____ NIS: _____
POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual: _____
ENDEREÇO: R. AV Pedro Olimpio de Faria Nº: _____ BAIRRO: 874 Stg Cruz
CEP: 32340-250 CIDADE: _____ REGIONAL: _____
TEL: 988348805 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: lthy.souto@gmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Medio Completo RAÇA/COR: _____ GENERO: () M () F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____
BENEFICIARIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
() Curso: extensas aulas () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Emiliare Botista de Silva IDADE 42 ANOSDATA NASCIMENTO: 25 / 01 / 82 RG: MG. 12413-337 CPF: 01467954643CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: 5 C: 5Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim ☒ Não Qual: _____ENDEREÇO: Rua Novo Horizonte Nº 53BAIRRO: Vila Renascer COMPLEMENTO: ACEP: 32052-005 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 31987072125 RECADO: 31985268620EMAIL: naninaib INSTAGRAM: _____ESCOLARIDADE: Ens. Superior RAÇA/COR: Negra GENERO: () M () F ☒ ORENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários ☒ Outros: _____BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim ☒ Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

☒ Curso: Extensão de Língua () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA 24 / 05 / 2024**ASSINATURA**

Autorização de uso de imagem e dados pessoais



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Franciele Aiane ferreira dos Santos

DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1992

RG: 17.771.516

IDADE: ANOS

CARTÃO DO SUS: 704203237691688

NIS: 16209154914

CPF: 12305652640

Nº T. E: 200869190213

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:

T-E: S C: S

ENDEREÇO: Rua novo progresso

Nº 3

BAIRRO: NOVA CONTAGEM

COMPLEMENTO:

CEP: 32050399

CIDADE: CONTAGEM

REGIONAL: RESSACA

TELEFONE: 3199277-4537

WHATSAPP:

RECADO:

EMAIL: francieleaiane1905@gmail.com

INSTAGRAM:

ESCOLARIDADE: MEDIO INCOMPLETO

RAÇA/COR: PARDO

GENERO: () M (☒) F () O

REND A FAMILIAR: () Sem renda (☒) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL:

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS

() Reforço Escolar

() Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO:

PARENTESCO:

DATA NASC.:

CPF:

TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Franciele Aiane Ferreira
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Gabrielly Teodoro De Almeida IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 23/12/2006 RG: 20.679.586 CPF: 189.389.686-26
CARTÃO DO SUS: NIS: 27189177529 T-E: s C: s
Nº T. E: 239384690256 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua VL 27 339 nova contagem Nº
BAIRRO: COMPLEMENTO:
CEP: 32050160 CIDADE: REGIONAL: vargem
TELEFONE: 31 98629-5932 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: Gabriellyteodoroalmeida@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio incompleto RAÇA/COR: GENERO: () M (x) F () O
RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: (x) SIM () NÃO QUAL: bolsa familia
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(x) Curso: extensão de ciliós () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA: 24/05/24

Gabrielly Teodoro de Almeida
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Giselle cruz da silva IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 19/01/1998 RG: 19275332 CPF: 01841965669
CARTÃO DO SUS: 706206049152162 NIS: T-E: C:
Nº T. E: POSSUI DEFICIÊNCIA: (☐) SIM (☐) NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua Um Nº 10
BAIRRO: Vila Italia COMPLEMENTO:
CEP: 32020080 CIDADE: Contagem REGIONAL: sede
TELEFONE: 33999020795 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: Gisellecruz13978@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio incompleto RAÇA/COR: pardo GENERO: (☐) M (☒) F (☐) O
RENDA FAMILIAR: (☒) Sem renda (☐) Até 1 salário (☐) Acima de 3 salários (☐) Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: (☐) SIM (☐) NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: (☐) Atendimento Jurídico (☐) Atendimento Psicológico (☐) Inglês
(☒) Curso: extensão de ciliós (☐) Reforço Escolar (☐) Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA: 24/05/24

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Heloane ramos de Carvalho IDADE: 26 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 03071997 RG: 19892254 CPF: 13908309697
CARTÃO DO SUS: 708601022393485 NIS: 21287843958 T-E: S C: N
Nº T. E: 215125420281 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM (X) NÃO QUAL: _____
ENDEREÇO: R. Gurupi Nº 276
BAIRRO: PSX COMPLEMENTO: _____
CEP: 32342130 CIDADE: CONTAGEM REGIONAL: _____
TELEFONE: 31984932739 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: heloanecarvalho53@gmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: PARDA GENERO: () M (X) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (X) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM (X) NÃO QUAL: _____
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(X) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS () Reforço Escolar () Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____
DATA NASC.: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

Heloane Ramos de Carvalho

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Isadora Maia Fernandes IDADE: 21 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 21/03/2003 RG: 18170101 CPF: 12920812602
CARTÃO DO SUS: 701203000336614 NIS: 14487260767 T-E: S C: N
Nº T. E: 232485600272 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____
ENDEREÇO: Avenida Prefeito Gil Diniz 1825 Nº _____
BAIRRO: Fonte Grande COMPLEMENTO: _____
CEP: 32013650 CIDADE: Contagem REGIONAL: Sede
TELEFONE: 31991485957 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: fisadora922@gmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: branco GENERO: () M (☒) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (☒) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL: _____
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico (☒) Atendimento Psicológico () Inglês
() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: Viviane Patricia Maia PARENTESCO: _____
DATA NASC.: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: 24/05/24

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Ivanete Fomaiara da Silva IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 21/02/1985 RG: _____ CPF: 069.239.816-38CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: 5 C: 5

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Cel. Gabriel de Andrade Nº 356BAIRRO: Industrial COMPLEMENTO: _____CEP: 32235- CIDADE: Contagem REGIONAL: IndustrialTEL: _____ WHATSAPP: 31.99292-7374 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: _____ RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (X) F () O

RENDIA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário (X) Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim (X) Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: celia () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

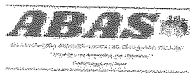
DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA 24/05/24

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: José davi brito Romão filho

IDADE: _____ ANOS

DATA DE NASCIMENTO: 05/07/2004

RG: MG-21.497.267

CPF: 160.723.456.46

CARTÃO DO SUS: 702401091861126

NIS: 16293536879

T-E: s C: s

Nº T. E: 234098000272

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____

ENDEREÇO: Rua beira campo berco das flores n 170

Nº _____

BAIRRO: Para Contagem

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32050-360

CIDADE: contagem

REGIONAL: _____

TELEFONE: 31)992682954

WHATSAPP: _____

RECADO: _____

EMAIL: d8409136@gmail.com

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino médio incompleto RAÇA/COR: pardo

GENERO: (x) M () F () O

RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(x) Curso: extensão de cílios

() Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: 24/05/24

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Julia Gonçalves figueiredoIDADE: ANOSDATA DE NASCIMENTO: 03/01/2004RG: 22566129CPF: 153.231.166-41CARTÃO DO SUS: NIS: 16349972180T-E: s C: sNº T. E: 236634820281POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: ENDEREÇO: Rua retiro das andorinha 441 retiroNº BAIRRO: COMPLEMENTO: CEP: 32050-470CIDADE: contagemREGIONAL: vargemTELEFONE: 31987084483WHATSAPP: RECADO: EMAIL: Juhfigueiredo0311@gmail.comINSTAGRAM: ESCOLARIDADE: Ensino médio incompleto RAÇA/COR: pardo

GENERO: () M (x) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL:

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(x) Curso: extensão de ciliós

() Reforço Escolar

() Outros: **DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**NOME COMPLETO: PARENTESCO: DATA NASC.: CPF: TELEFONE: **Autorização de uso de imagem e dados pessoais**

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: DATA: 24/05/24

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,
32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Juliana Luiz dos Santos

IDADE: _____ ANOS

DATA DE NASCIMENTO: 18091993

RG: Mg13827447

CPF: 09103115607

CARTÃO DO SUS: 705808431198131

NIS: 16215133389

T-E: S C: S

Nº T. E: 157275240281

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____

ENDEREÇO: Beco newton Cardoso 1013

Nº _____

BAIRRO: Nova Contagem

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32050168

CIDADE: CONTAGEM

REGIONAL: Vargem

TELEFONE: 31986924524

WHATSAPP: _____

RECADO: _____

EMAIL: juliana.s.olliver18@gmail.com

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino fundamental incompleto RAÇA/COR: NEGRO

GENERO: () M (X) F () O

RENDAMENTO FAMILIAR: () Sem renda (X) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS

() Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

Juliana L. Santos
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Ketany Paula Alves Penedo IDADE 26 ANOSDATA NASCIMENTO: 30/03/98 RG: mg 18.803.449 CPF: 123.979.306-50

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (☒) Não Qual: _____ENDEREÇO: R. Um Nº 46 BAIRRO: Fonte GrandeCEP: 32020080 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 97539.0175 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ens. Médio comp. RAÇA/COR: Parada GENERO: () M (☒) F () ORENDA FAMILIAR: () Sem renda (☒) Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (☒) Sim () Não Qual: BF

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____**Autorização de uso de imagem e dados pessoais**

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Ketany Paula Alves Penedo

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Kátia Carla Pereira

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/1979

RG: MG-10.871.223

IDADE: ANOS

CPF: 04195336643

CARTÃO DO SUS: 706404133366581

NIS: 21283606576

T-E: S C: N

Nº T. E: 135721710272

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____

ENDEREÇO: Rua João Venâncio Ferreira, 149

BAIRRO: Panada

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32015275

CIDADE: Contagem

REGIONAL: _____

TELEFONE: (31)99304-8204

WHATSAPP: _____

RECADO: _____

EMAIL: katiapereira96@yahoo.com.br

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: PARDO

GENERO: () M (X) F () O

RENDAMENTO FAMILIAR: () Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários (X) Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS () Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

ASSINATURA

ABAS**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Kethlen lorrane de Almeida da silveira IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 01051998 RG: Mg19924301 CPF: 13480147682
CARTÃO DO SUS: 1036050 70007813 NIS: T-E: s C: s
Nº T. E: 2136 2502 0248 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua retiro dos jovens Nº
BAIRRO: retiro COMPLEMENTO:
CEP: 32050720 CIDADE: contagem REGIONAL: vargem
TELEFONE: 31997897379 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: kethlenlornanedealmeida@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: pardo GENERO: () M (☒) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(☒) Curso: extensão de cílios () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Kethlen L. de Almeida da Silva

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Letícia Joana Fontes dos Passos IDADE 18 ANOS
DATA NASCIMENTO: 05/12/05 RG: 20876943 CPF: 0232272658
CARTÃO SUS: _____ NIS: _____
POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual: _____
ENDEREÇO: R. José Geraldo da Silva Nº 187 BAIRRO: Funcionários
CEP: 32040-440 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____
TEL: 982367483 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: leticia.joana.43588@gmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Médio Compl RAÇA/COR: _____ GENERO: () M () F () O
RENDA FAMILIAR: (☒) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____
BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(☒) Curso: entendimento bilíngue () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Laura Betânia Teixeira da Silva

IDADE: ANOS

DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1999

RG: Mg 21618941

CPF: 11219695696

CARTÃO DO SUS:

NIS:

T-E:

C:

Nº T. E:

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:

ENDEREÇO: Rua A 272 Retiro

Nº

BAIRRO:

COMPLEMENTO:

CEP: 32050073

CIDADE: contagem

REGIONAL: Uberlândia

TELEFONE: 31998637377

WHATSAPP:

RECADO:

EMAIL: laurateixeira2307@gmail.com

INSTAGRAM:

ESCOLARIDADE: Ensino fundamental incompleto

RAÇA/COR:

GENERO: () M (☒) F () O

RENDIMENTO FAMILIAR: () Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:

BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMAS SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL:

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: extensão de cílios

() Reforço Escolar

() Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO:

PARENTESCO:

DATA NASC.:

CPF:

TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Laura Betânia Teixeira da Silva

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Lorena Priscila Figueiredo IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 29/03/09 RG: MG 23 954110 CPF: 187.390666-81

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: (x) Sim () Não Qual: AuditivaENDEREÇO: Beco Pedro Blosch Nº 19 BAIRRO: PS7CEP: 32342-179 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 98951 4433 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ens Fund. Incomp RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (x) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda (x) Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(x) Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Lorena Priscila F.

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Luana Maria Vieira Souza IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1995 RG: Mg19262 CPF: 12786213690
CARTÃO DO SUS: NIS: T-E: s C: s
Nº T. E: POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Maria Rita Vieira Nº 127
BAIRRO: Parque São João COMPLEMENTO:
CEP: 32017140 CIDADE: Contagem REGIONAL: Sede
TELEFONE: 31987779308 WHATSAPP: RECADO:
EMAIL: luana1995mh@outlook.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: branco GENERO: () M (☒) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (☒) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(☒) Curso: extensão de ciliós () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Luana Maria Vieira Souza
ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Maria Aparecida Oliveira Botas IDADE 62 ANOSDATA NASCIMENTO: 20/08/57 RG: M1139106 CPF: 23583632600CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: S C: S

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Antonio Joaquim Zanitena Nº 941BAIRRO: Fazenda Grande COMPLEMENTO: CSJCEP: 32013-480 CIDADE: Contagem REGIONAL: SedeTEL: 991913158 WHATSAPP: _____ RECADO: _____EMAIL: aparecidaoliveira.botas@gmail.com INSTAGRAM: _____ESCOLARIDADE: _____ RAÇA/COR: Parda GENERO: () M () F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários (X) Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (X) Sim () Não Qual: Aposentado

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: Extensão de Letras () Reforço Escolar () Outros: _____() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Maria Aparecida de Botas

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Mayra Roberto Pontes Felicio IDADE 33 ANOSDATA NASCIMENTO: 23/01/91 RG: MG 14 290 857 CPF: 083 387 756 90

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: _____ C: _____

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Rua José Geraldo da Silva Nº 181BAIRRO: Funcionarias COMPLEMENTO: _____CEP: 32 040 440 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: 31 996 287650 WHATSAPP: 31 996 287650 RECADO: _____EMAIL: mah.pontes91@gmail.com INSTAGRAM: pontes.mahESCOLARIDADE: 2º completo RAÇA/COR: _____ GENERO: () M (X) F () O

RENDIA FAMILIAR: (X) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (X) Sim () Não Qual: bolsa família

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(X) Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Mayra R. P. Felicio
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Maria José Mendes Estevão IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 24/08/72 RG: _____ CPF: 932.952.196-72

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____ T-E: _____ C: _____

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (x) Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Quatorze Nº 99BAIRRO: Parque São João COMPLEMENTO: _____CEP: 32.342-220 CIDADE: Contagem REGIONAL: El DoradoTEL: _____ WHATSAPP: 3199272-4097 RECADO: _____

EMAIL: _____ INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: _____ RAÇA/COR: Branca GENERO: () M (x) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário (x) Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim (x) Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: Culinária () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA 24/05/24

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Néide Mariana IDADE: _____ ANOS
DATA NASCIMENTO: 21/04/82 RG: 2342387 CPF: 66205484668
CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual: _____

ENDEREÇO: Rua Roma 450 Nº _____ BAIRRO: Riacho
CEP: 32280-040 CIDADE: _____ REGIONAL: _____

TEL: 984183269 WHATSAPP: _____ RECADO: _____EMAIL: Neide_mariana2@hotmail.com INSTAGRAM: _____ESCOLARIDADE: Médio Compl. RAÇA/COR: _____ GÊNERO: () M () F () O

RENDIMENTO FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: extensão física () Reforço Escolar () Outros: _____**Autorização de uso de imagem e dados pessoais**

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Natália Vitória A. Hilário IDADE: _____ ANOS
DATA NASCIMENTO: 29/10/02 RG: 19067316 CPF: 14995644652
CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (☒) Não Qual: _____

ENDEREÇO: R. Passara Neto Nº 184 BAIRRO: Tupã
CEP: 32060-140 CIDADE: Contagem REGIONAL: Varagem

TEL: 972677956 WHATSAPP: _____ RECADO: _____

EMAIL: alvarenga.ho@icloud.com INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Fundamental completo RAÇA/COR: Parda GÊNERO: () M (☒) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários (☒) Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: extensão Alínea () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA 24/05/24

Natália Vitória Alvarenga H.

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Paloma esterane gonalves farias IDADE 15 ANOSDATA NASCIMENTO: 01/11/2008 RG: 10520.402 CPF: 16963528485

CARTÃO SUS: _____ NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: rua das flautas Nº 32 BAIRRO: Estâncias imperiaisCEP: 32065-740 CIDADE: Contagem REGIONAL: PetrolândiaTEL: _____ WHATSAPP: 3398336869 RECADO: _____EMAIL: PalomaEsterane78@gmail.com INSTAGRAM: @cachinhos_031ESCOLARIDADE: Estudando RAÇA/COR: Parda GENERO: () M (X) F () O

RENDIA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico (X) Inglês

() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA 24/05/2024

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Regiana Eliseu Pereira

IDADE: 39 ANOS

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/1988

RG: 15770140

CPF: 10870228609

CARTÃO DO SUS: _____

NIS: 16654544251

T-E: S C: S

Nº T. E: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM (☒) NÃO QUAL: _____

ENDEREÇO: Rua bom sucesso 96

Nº _____

BAIRRO: VILA RENAScer

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32052-032

CIDADE: CONTAGEM

REGIONAL: VARGEM

TELEFONE: 31999638676

WHATSAPP: _____

RECADO: _____

EMAIL: regianaelizeu@gmail.com

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino médio completo

RAÇA/COR: Parda

GENERO: () M (☒) F () O

REND A FAMILIAR: (☒) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(☒) Curso: EXTENSÃO DE CILIOS

() Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

Regiana Eliseu Pereira

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Rithielly Gintiny Máximo Gonzalez IDADE: _____ ANOSDATA NASCIMENTO: 25/02/06 RG: 00159402 CPF: 145.100.536-90CARTÃO SUS: 700509335836958 NIS: _____

POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (X) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Retiro dos Imigrantes Nº 1364 BAIRRO: Nova ContagemCEP: 32050-710 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 31 99279-9106 RECADO: _____EMAIL: rithiellymaximo@gmail.com INSTAGRAM: _____ESCOLARIDADE: Em. médio comp. RAÇA/COR: Pardo GENERO: () M (X) F () O

RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim (X) Não Qual: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Rithielly Máximo

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃONOME COMPLETO: Rayalla Gomes da Silva IDADE: 25 ANOSDATA NASCIMENTO: 03/07/1998 RG: 17071613 CPF: 13909978630CARTÃO SUS: 706302744693171 NIS: _____ T-E: _____ C: _____

Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim (x) Não Qual: _____

ENDEREÇO: Rua Gosa Geraldo da Silva Nº 181BAIRRO: Funcionários COMPLEMENTO: CasaCEP: 32040440 CIDADE: Contagem REGIONAL: _____TEL: _____ WHATSAPP: 33994328725 RECADO: _____EMAIL: gomasrayalla7@gmail.com INSTAGRAM: RayallaGomesESCOLARIDADE: Ensino médio incompleto RAÇA/COR: _____ GENERO: () M () F () O

RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____

BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: (x) Sim () Não Qual: Bolsa Família

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(x) Curso: Cilios () Reforço Escolar () Outros: _____**DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)**

NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____

DATA NASC.: ____/____/____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Rayalla Gomes da Silva

ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Raiane Cardoso Jorge IDADE: ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1998 RG: MG16133918 CPF: 13658091614
CARTÃO DO SUS: 709009860131412 NIS: 20185607483 T-E: s C: s
Nº T. E: 219585680272 POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM (x) NÃO QUAL:
ENDEREÇO: Rua B, Nº 179
BAIRRO: campo alto COMPLEMENTO:
CEP: 32071008 CIDADE: Contagem REGIONAL: Petrolândia
TELEFONE: WHATSAPP: 31993327302 RECADO:
EMAIL: raianecardoso.jorge@gmail.com INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: branco GENERO: () M (x) F () O
RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro:
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM (x) NÃO QUAL:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(x) Curso: Cilios () Reforço Escolar () Outros:

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: PARENTESCO:
DATA NASC.: CPF: TELEFONE:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA:

Raiane Cardoso Jorge
ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Rosane Gomes Lima IDADE ANOS
DATA NASCIMENTO: 06/04/87 RG: CPF:
CARTÃO SUS: NIS:
POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual:
ENDEREÇO: R 33 Nº 401 BAIRRO: Tropical
CEP: CIDADE: REGIONAL:
TEL: WHATSAPP: 9510 6695 RECADO:
EMAIL: INSTAGRAM:
ESCOLARIDADE: RAÇA/COR: GENERO: () M (☒) F () O
RENDAMENTO FAMILIAR: (☒) Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros:
BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual:
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
(☒) Curso: certificação livros () Reforço Escolar () Outros:

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.:

DATA / /

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Thainá Silva Ferreira IDADE: 29 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1994 RG: Mg 16.480.146 CPF: 12106967624
CARTÃO DO SUS: 708606002888084 NIS: _____ T-E: s C: s
Nº T. E: _____ POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO QUAL: _____
ENDEREÇO: Rosalina Nº 308
BAIRRO: Vila renascer COMPLEMENTO: _____
CEP: 32052030 CIDADE: contagem REGIONAL: vargem das flores
TELEFONE: 3198340-8673 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: thaina_acopla@hotmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Ensino superior incomplet RAÇA/COR: pardo GENERO: () M (x) F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda (x) Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM () NÃO QUAL: _____
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico (x) Atendimento Psicológico () Inglês
() Curso: _____ () Reforço Escolar () Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

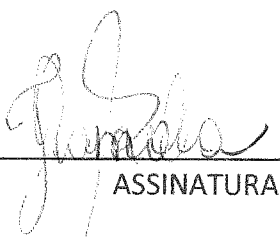
NOME COMPLETO: _____ PARENTESCO: _____
DATA NASC.: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: 24/05/24


ASSINATURA



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,

32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO: Veronica camila de Jesus

DATA DE NASCIMENTO: 03 04 2001

RG: 18911116

IDADE: 23 ANOS

CARTÃO DO SUS: 700603453327364

NIS: _____

CPF: 139.49875603

Nº T. E: 217451420205

POSSUI DEFICIÊNCIA: () SIM (x) NÃO QUAL: _____

T-E: 5 C: 5

ENDEREÇO: Dezesseis

Nº 378

BAIRRO: Parque São João

COMPLEMENTO: _____

CEP: 32342210

CIDADE: Contagem

REGIONAL: Eldorado

TELEFONE: _____

WHATSAPP: 31983144574

RECADO: _____

EMAIL: veronicaiadf2@gmail.com

INSTAGRAM: _____

ESCOLARIDADE: Ensino médio completo RAÇA/COR: Pardo

GENERO: () M (x) F () O

RENDA FAMILIAR: (x) Sem renda () Até 1 salário () Acima de 3 salários () Outro: _____

BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SOCIAIS: () SIM (x) NÃO

QUAL: _____

ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês

(x) Curso: Cilios () Reforço Escolar

() Outros: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL: (caso o beneficiário seja menor de idade)

NOME COMPLETO: _____

PARENTESCO: _____

DATA NASC.: _____

CPF: _____

TELEFONE: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA: _____

x Verônica

ASSINATURA

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AMPARO SOCIAL ABAS**

CNPJ 10.624.654/0001-40

SEDE: Rua Gurupi, nº 260,
32.342-130 - Bairro Parque São João - Contagem /MG**INSCRIÇÃO**

NOME COMPLETO: Viviane Damasceno IDADE 33 ANOS
DATA NASCIMENTO: 03 / 11 / 80 RG: 9122687 CPF: 03329446690
CARTÃO SUS: _____ NIS: _____
POSSUI DEFICIÊNCIA: () Sim () Não Qual: _____
ENDEREÇO: R. Perobas 8 Nº 82 BAIRRO: Perobas 2
CEP: 32342323 CIDADE: Contagem REGIONAL: Distrito
TEL: 993725615 WHATSAPP: _____ RECADO: _____
EMAIL: damasceno.viviane43@gmail.com INSTAGRAM: _____
ESCOLARIDADE: Med. In. Compl. RAÇA/COR: _____ GENERO: () M () F () O
RENDA FAMILIAR: () Sem renda () Até um salário () Acima de 3 salários () Outros: _____
BENEFICIÁRIO DE PROGRAMAS SOCIAIS: () Sim () Não Qual: Bolsa Família
ATIVIDADES DE INTERESSE: () Atendimento Jurídico () Atendimento Psicológico () Inglês
() Curso: Curso Libras () Reforço Escolar () Outros: _____

Autorização de uso de imagem e dados pessoais

Considerando a lei nº 13609/2018 (lei geral de proteção de dados pessoais). Estou ciente que estarei sujeito a fotografias e/ou filmagens e/ou depoimentos e autorizo o uso destes recursos em materiais e documentos, bem como o tratamento de dados pessoais, sem finalidade comercial.

OBS.: _____

DATA ____/____/____

Viviane Damasceno

ASSINATURA



24 de mai.de 2024 08:39:32
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai de 2024 09:25:14
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai.de 2024-11:19:13
Av. Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai.de 2024 10:39:51
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai de 2024 13:10:09
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai.de 2024 15:38:05
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai.de 2024 14:21:15
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



24 de mai.de 2024 16:10:36
Av Prefeito Gil Diniz, 1825
Contagem MG
32013-650
Brasil



29 de mai. de 2024 08:20:02
70 Avenida Prefeito Gil Diniz
Fonte Grande
Contagem
Minas Gerais



29 de mai. de 2024 10:37:17
Av. Pref. Gil Diniz, 1825 Fonte Grande



29 de mai. de 2024 11:09:53
Av. Pref. Gil Diniz, 1825 Fonte Grande



29 de mai. de 2024 13:24:58
Av. Pref. Gil Diniz, 1825 Fonte Grande



29 de mai. de 2024 14:16:19
Av. Pref. Gil Diniz, 1825 Fonte Grande



29 de mai. de 2024 15:15:23
Av. Pref. Gil Diniz, 1825 Fonte Grande