



**ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM**  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020**

Nome completo: Natalia Lima Santos Data de Nascimento: 24-02-05 Sexo:  F  M

IMÓVEL DE MORADIA: \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DE MORADIA: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____

<b>Tijolo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<b>Eletricidade:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> coletiva
<b>Piso:</b> <input type="checkbox"/> madeira <input type="checkbox"/> terra batida <input checked="" type="checkbox"/> cimento <input type="checkbox"/> outros	<b>Água potável:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> coletiva
<b>Cobertura:</b> <input type="checkbox"/> laje <input type="checkbox"/> telha colonial <input checked="" type="checkbox"/> telha amianto/zinco <input type="checkbox"/> lona	<b>Rede de esgoto:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> coletiva

**CONDIÇÕES DE SAÚDE:** \_\_\_\_\_

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
 Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença	Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ X Rapido geraldo P. Lima  
 Assinatura do (a) candidato (a)

Observações: Email: limanatalia@santos40  
Senna, miguelino 123

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA: \_\_\_\_\_ PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: \_\_\_\_\_

REND A FAMILIAR	R\$ _____
TOTAL DAS DESPESAS	R\$ _____
REND A LÍQUIDA	R\$ _____
REND A PER CAPITA	R\$ _____

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: Natália Lima Santos Estado Civil: solteira Cor:  Data de Nascimento: 24.02.05 Sexo:  F  M  
 RG: 15.18.603.953 CPF:  Endereço: Beco dos Vigantes N.º: 34 Bairro: Vila Renascença Cidade: Contagem CEP:   
 Tel. Residencial:  Tel. Comercial:  Tel. Celular: 99481-5161 WhatsApp:  Está Trabalhando:  Sim  Não  
 Profissão:  Cargo/Função:  Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$:

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01	Raquele	Mãe	12-06-87			Medio	Renda familiar
02	Ruão Paulo	irmão	19-08-07			Fundamental	
03	Kawon Henrique	irmão	31-05-09			Fundamental	
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							<b>800,00</b>

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data:  / /  
 Assinatura do (a) candidato (a): X Raquele Gesiele P Lima

Responsável pelo cadastro



**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TÉCNICAS E HABILIDADES**

N° DO CONTRATO

**Aluno (a):** GUILHERME PONTES BIBIANO

**Data de Nascimento:** 2 abril, 2005

**Responsavel/Titular:** MARIA DA SILVA PONTES

**CPF / CNPJ:** 056.812.366-25

**RG:** MG23.120.615

**Endereço:** RUA ADELIA BATISTA

Nº 396

**Bairro:** VILA RENASCER

**CEP:** 32052-014

**Cidade:** CONTAGEM

**UF:** MG

**Tel. Residencial:** (31) 99734-3611

**Celular:** (31) 98553-2515

**Data de Emissão:** sexta-feira, 20 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

Seg - Quint - 13h as 14h

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

CHUBIA

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

#REF!

Tel Resid.

() -

Celular:

() -

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** GUIL8619 @f5

**SENHA DE ACESSO:** 5684338675

**RESP. PELO CAD.**

0

**DATA:**

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: Guilherme Pontes Bibiano Data de Nascimento: 02-04-05 Sexo: ( ) F (X) M  
 RG: 15023 120615 CPF: \_\_\_\_\_ Raça/etnia: ( ) Negra ( ) Branca ( ) Índia ( ) Amarela  
 Endereço: Rua Tia Amélia N.º 95 Bairro: N. Contagem Cidade: Contagem CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: 99734 3611 WhatsApp: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Trabalho: ( ) Formal ( ) Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$: \_\_\_\_\_  
 Está Trabalhando: ( ) Sim (X) Não

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR** - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01	Maria	Mãe				Fundamental	
02	<del>Washington</del> Washington	Pai	06-04-77			Fundamental	1.045,00
03	Sidney	irmão	17-07-08			Fundamental	
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 x Maria da Silva Assinatura de (a) candidato (a)

Responsável pelo cadastro





**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TÉCNICAS E HABILIDADES**

N° DO CONTRATO

88

**Aluno (a):** CARLOS RAFAEL PONTES DE SOUZA  
**Data de Nascimento:** 10 julho, 2004  
**Responsavel/Titular:** LUCIMAR PONTES DE SOUZA  
**CPF / CNPJ:** 053.123.986-16 **RG:** MG-7.286.969  
**Endereço:** BC BOM JESUS **N° 19**  
**Bairro:** VILA RENASCER  
**CEP:** 32052-028 **Cidade:** CONTAGEM **UF:** MG  
**Tel. Residencial:** (31) 98921-1183 **Celular:** (31) 97150-1490

**Data de Emissão:** quinta-feira, 19 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

52052 130414

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

PRECERIA

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

#REF!

Tel Resid.

0-

Celular:

0-

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** CARL5826 @f5  
**SENHA DE ACESSO:** 7717021598

RESP. PELO CAD.

0

DATA:

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: Rafael Pontes de Sousa Data de Nascimento: 20-04-04 Sexo:  F  M  
 RG: MG 23.962.116 CPF: 145.965.286.03 Estado Civil: solteiro Cor: \_\_\_\_\_ Raça/etnia:  Negra  Branca  Índia  amarela  
 Endereço: Rua Kra Amelia N.º 95 Bairro: N. Contagem Cidade: Contagem CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: 92921 1183 WhatsApp: \_\_\_\_\_ Está Trabalhando:  Sim  Não  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$ \_\_\_\_\_

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01	<u>CREUSA</u>	<u>Avó</u>	<u>09-07-52</u>				<u>1045,00</u>
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data:  / /  
 Assinatura do (a) candidato (a)  
Rafael de Sousa Pontes

Responsável pelo cadastro



ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020

Nome completo: Barbés Rafael Pontes de Souza Data de Nascimento: 10-04-04 Sexo: ( ) F (X) M

IMÓVEL DE MORADIA:

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	( ) Alugado	( ) Cedido	( ) Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

Título: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não	Eletricidade: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Piso: ( ) madeira ( ) terra batida ( ) cimento <input checked="" type="checkbox"/> outros	Água potável: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Cobertura: ( ) laje ( ) telha colonial (X) telha amianto/zinco ( ) lona	Rede de esgoto: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva

CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

Pessoa com deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla - (conforme Decreto 3.298/99) pessoa com deficiência no grupo familiar? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença

Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rafael da Silva Pontes  
Assinatura do (a) candidato (a)

Observações: \_\_\_\_\_

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA:

RENDA FAMILIAR	R\$ _____
TOTAL DAS DESPESAS	R\$ _____
RENDA LÍQUIDA	R\$ _____
RENDA PER CAPITA	R\$ _____

PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_



**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TECNICAS E HABILIDADES**

Nº DO CONTRATO

**Aluno (a):** ESTEPHANY ALESSANDRA DE CARVALHO ROCHA

**Data de Nascimento:** 10 fevereiro, 2005

**Responsavel/Titular:** NEIDILENE MARIA MOREIRA DA ROCHA

**CPF / CNPJ:** 061.255.096-64

**RG:** MG-12.540.558

**Endereço:** RUA VL 35

Nº 250

**Bairro:** NOVA CONTAGEM

**CEP:** 32050-100

**Cidade:** CONTAGEM

**UF:** MG

**Tel. Residencial:** (3) 13050-7052

**Celular:** (31) 99973-3035

**Data de Emissão:** quinta-feira, 19 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

33 250 13:00 a 15:00

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

\_\_\_\_\_ #REF! \_\_\_\_\_ Tel Resid. ( ) - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) - \_\_\_\_\_

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** ESTE3746 @f5

**SENHA DE ACESSO:** 2190960175

**RESP. PELO CAD.** 0

DATA:

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: ESTEFHANY ALESSANDRA DE CARVALHO RIBEIRO Data de Nascimento: 30-02-05 Sexo:  F  M

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Raça/etnia:  Negra  Branca  Índia  amarela

Endereço: RUA VL 35 Bairro: N. contagem Cidade: Pontagem CEP: 32050-100

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: 99787-1135 WhatsApp: 97102-8674 Está Trabalhando:  Sim  Não

Profissão: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$: Bolha familiar

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR** - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

No	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01	ESTEFHANY					5º Fundamentar	
02	Fernanda carvalho	Mãe	05-08-78				
03	Jaqueline Emannelle	irmã	27-06-19				
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							<b>360,00</b>

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

X Fernanda Carvalho da Fonseca  
Assinatura do (a) candidato (a)

Responsável pelo cadastro

**ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM**  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020**

Nome completo: ESTEPHANY ALESSANDRA DE CARVALHO ROCHA Data de Nascimento: 30-02-05 Sexo:  F ( ) M

IMÓVEL DE MORADIA:

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	( ) Alugado	( ) Cedido	( ) Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

Tijolo: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não	Eletricidade: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Piso: ( ) madeira ( ) terra batida ( ) cimento <input checked="" type="checkbox"/> outros	Água potável: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> laje ( ) telha colonial ( ) telha amianto/zinco ( ) lona	Rede de esgoto: ( ) sim ( ) não <input checked="" type="checkbox"/> coletiva

CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
 Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

Pessoa com deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla -- (conforme Decreto 3.298/99) pessoa com deficiência no grupo familiar? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença
<u>Fernanda</u>	<u>Hipertensão, diabetes</u>

Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fernanda Brucella da Faria  
 Assinatura do (a) candidato (a)

Observações: Email: estephanyalesandrados@gmail.com  
Senha: valapcra@2010

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA:

RENDA FAMILIAR	R\$ _____
TOTAL DAS DESPESAS	R\$ _____
RENDA LÍQUIDA	R\$ _____
RENDA PER CAPITA	R\$ _____

PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_



**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TECNICAS E HABILIDADES**

N ° DO CONTRATO

OK

94

**Aluno (a):** LUDMILA GABRIELY MARTINS MARÇAL  
**Data de Nascimento:** 15 abril, 2005  
**Responsavel/Titular:** RONALDO MARÇAL  
**CPF / CNPJ:** 028.579.079-56 **RG:** 6420303  
**Endereço:** RUA FLOR DE LOTUS **Nº 80**  
**Bairro:** NOVA CONTAGEM  
**CEP:** 32050-000 **Cidade:** CONTAGEM **UF:** MG  
**Tel. Residencial:** (31) 99649-8033 **Celular:** (31) 99668-8722

**Data de Emissão:** sexta-feira, 20 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

Teve o Auto - 12 em 14

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

CHUADA

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

#REF!                      Tel Resid.                      () -                      Celular:                      () -

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** LUDM8172 @f5  
**SENHA DE ACESSO:** 5086486252

**RESP. PELO CAD:** 0

**DATA:**

**ASCUBEV – NÚCLEO NOVA CONTAGEM**  
**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFICINAS - ANO DE 2020**

**Dados pessoais:**  
 Nome completo: Ludmila Gales Ely Martins Marçal Data de Nascimento: 15.04.05 Sexo:  F  M  
 RG: ME 90.932.088 CPF: 021.008.616.54 Estado Civil: solteira Cor: branca Raça/etnia:  Negra  Branca  Índia  amarela  
 Endereço: Rua Flor de Lotus N.º 80 Bairro: NOVA CONTAGEM Cidade: CONTAGEM CEP: 32050-000  
 Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: 99649.8033 WhatsApp: 99668.8732 Está Trabalhando:  Sim  Não  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$ 1045

**QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.**

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01	Elisângela Martins	Mãe	11-11-79				
02	Yvonna	irmã	08-01-01				
03	Yvonna	irmão	04-01-11				
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data: 09/06/20 Elisângela Martins Assinatura do (a) candidato (a)  
 Responsável pelo cadastro

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020

Nome completo: Judmila Gabrielly Martins Macçal Data de Nascimento: 15-04-05 Sexo:  F ( ) M

IMÓVEL DE MORADIA: \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DE MORADIA: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	( ) Alugado	( ) Cedido	( ) Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____

Tijolo: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não	Eletricidade: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Piso: ( ) madeira ( ) terra batida	Água potável: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
( ) cimento <input checked="" type="checkbox"/> outros	
Cobertura: ( ) Laje ( ) telha colonial	Rede de esgoto: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( )
<input checked="" type="checkbox"/> telha amianto/zinco ( ) lona	

CONDIÇÕES DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença

Pessoa com deficiência: física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla - (conforme Decreto 3.298/99) pessoa com deficiência no grupo familiar? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Luizângela Martins Peres  
Assinatura do (a) candidato (a)

Observações: Email: judgaby009@gmail.com  
Senha: judgaby009

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA: \_\_\_\_\_ PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: \_\_\_\_\_

RENDAMENTO FAMILIAR	R\$	<u>3045</u>
TOTAL DAS DESPESAS	R\$	
RENDAMENTO LÍQUIDO	R\$	
RENDAMENTO PER CAPITA	R\$	

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_



**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TÉCNICAS E HABILIDADES**

N° DO CONTRATO

97

**Aluno (a):** THIAGO EDUARDO SOARES DA SILVA

**Data de Nascimento:** 20 novembro, 2006

**Responsavel/Titular:** VERA LUCIA EDUARDA DE JESUS

**CPF / CNPJ:** 014.047.136-70

**RG:** MG-12.035.313

**Endereço:** AV RETIRO DOS IMIGRANTES

**N° 479**

**Bairro:** RETIRO

**CEP:** 32050-710

**Cidade:** CONTAGEM

**UF:** MG

**Tel. Residencial:** (3) 13911-6442

**Celular:** (31) 99937-3084

**Data de Emissão:** quinta-feira, 19 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

3ª e 5ª A TARDE

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

#REF!

Tel Resid. ( ) -

Celular: ( ) -

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** THIA7486 @f5

**SENHA DE ACESSO:** 5252532575

**RESP. PELO CAD.** 0

**DATA:**





**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA, TÉCNICAS E HABILIDADES**

N ° DO CONTRATO

98

**Aluno (a):** VINICIUS DE FRANÇA MESSIAS  
**Data de Nascimento:** 13 dezembro, 2004  
**Responsavel/Titular:** MARIA APARECIDA DE FRANÇA MOURÃO  
**CPF / CNPJ:** 892.312.446-04 **RG:** MG-6.695.012  
**Endereço:** RUA VL 15 **Nº 895**  
**Bairro:** NOVA CONTAGEM  
**CEP:** 32050-190 **Cidade:** CONTAGEM **UF:** MG  
**Tel. Residencial:** (31) 99818-1995 **Celular:** (31) 99194-5911

**Data de Emissão:** quinta-feira, 19 de setembro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

32.255 17.00 00 14.00

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:** TELEFONE DO ALUNO

#REF!

Tel Resid. ()-

Celular: (31) 99711-9430

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

**LOGIN DE ACESSO:** VINI9806 @f5  
**SENHA DE ACESSO:** 1909153746

**RESP. PELO CAD.** 0

**DATA:**

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: VINÍCIUS DE FRANCA MESSIAS Data de Nascimento: 13.10.04 Sexo:  F  M  
 RG: 46.23.617.717 CPF: 182.664.716.30 Estado Civil: Solteiro Cor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: RUA VL 15 N.º 895 Bairro: N. CONTAGEM Cidade: Contagem CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: 998741188 WhatsApp: 99129026 Está Trabalhando:  Sim  Não  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Cargos/Função: \_\_\_\_\_ Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$: \_\_\_\_\_

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)	
01	Yonia Aparecida	Mãe	26-01-67			Fundamental	Bolsa familiar	
02	Vicior	irmão	18-02-00	Estudante	solteiro	Ensino médio	3045,00	
03	Aniboris	pai	24-02-63			Fundamental		
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>								

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data:   /  /   Assinatura do (a) candidato (a) XANORICA APARECIDA

Responsável pelo cadastro

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020

Nome completo: Vinicius de Frazza Messias Data de Nascimento: 23-12-04 Sexo: ( ) F (X) M

IMÓVEL DE MORADIA: \_\_\_\_\_ CONDIÇÕES DE MORADIA: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
	Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____

<b>Tijolo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não	<b>Eletricidade:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
<b>Piso:</b> ( ) madeira ( ) terra batida ( ) cimento (X) outros	<b>Água potável:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
<b>Cobertura:</b> ( ) laje ( ) telha colonial (X) telha amianto/zinco ( ) lona	<b>Rede de esgoto:</b> <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( )

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

**Pessoa com deficiência:** física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla - (conforme Decreto 3.298/99) pessoa com deficiência no grupo familiar? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença
<u>Anilbas</u>	

Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

maria Aparecida  
Assinatura do (a) candidato (a)

Observações: Emp. 1 mes. 03/11/2024 @ gmail.com  
Senha: ~~1234~~ CanguçuA-91

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA: \_\_\_\_\_ PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL: \_\_\_\_\_

RENDIA FAMILIAR	R\$	<u>3045,00</u>
TOTAL DAS DESPESAS	R\$	
RENDIA LÍQUIDA	R\$	
RENDIA PER CAPITA	R\$	

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_





**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  
**TECNOLOGIA - TÉCNICAS E HABILIDADES**

N° DO CONTRATO

102

Aluno (a): LUCAS GABRIEL DE OLIVEIRA LIMA

Data de Nascimento: 4 abril, 2004

Responsavel/Titular: NILZA HELENA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ: 775.261.046-15

RG: MG4490728

Endereço: RUA NATAL

N° 80

Bairro: ESTALEIRO

CEP: 32050-397

Cidade: CONTAGEM

UF: MG

Tei. Residencial: (31) 99887-0410

Celular: (31) 99679-5324

Data de Emissão: quarta-feira, 23 de outubro de 2019

**INFORMAÇÕES DE USO INTERNO - AVALIADAS PELO ATENDENTE**

**INFORMAÇÕES REPASSADAS AO CLIENTE:**

- Ciente do período de recesso
- Ciente da rescisão de contrato
- Ciente da duração do curso e parcelas
- Ciente dos juros e multas do boleto
- Ciente do material didático
- Ciente das aulas semanais
- Ciente sobre mudança de horário
- Ciente sobre forma de pagamento
- Ciente sobre avaliação no módulos do curso
- Ciente das reposições de aula
- Ciente sobre inclusão no SPC

**INFORMAÇÕES SOBRE CLIENTE:**

- Demonstra-se interessado
- Demonstra-se nervoso
- Demonstra-se desconfiado
- Demonstra-se duvidoso
- Demonstra-se compromisso
- Demonstra-se insegurança
- Já teve algum curso não concluído
- Demonstra-se exigente
- Demonstra-se disponibilidade de horário
- Demonstra dificuldades
- É possível de problemas futuros

**DOCUMENTOS E CONFERÊNCIA:**

- A documentação foi conferida
- Foi ofertado desconto administrativo
- Assinatura confere com documentos
- Documentos apresentados foram originais
- A via que o cliente recebeu tem carimbo da empresa
- A primeira parcela foi paga

**HORÁRIO MATRICULADO:**

Seg e Quarta 16 em 17

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

TURMA XERCA

**REFERÊNCIA DO CLIENTE COM TELEFONE E ENDEREÇO:**

**PESSOA DE REFERÊNCIA PARA CONTATO:**

#REF!

Tel Resid.

() -

Celular:

() -

**ACESSO VIRTUAL - APOSTILAS ELETRÔNICAS**

RESP. PELO CAD.

0

LOGIN DE ACESSO: LUCA2043 @f5

SENHA DE ACESSO: 5749147523

DATA:

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM  
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/OFFICINAS - ANO DE 2020

Dados pessoais:

Nome completo: Roberto Gabriel de Oliveira Lima Estado Civil: solteiro Cor:  Data de Nascimento: 04-04-2004 Sexo:  F  M  
 RG: 151.475 CPF:  Endereço: Rua Nova N.º 80 Bairro: Estação I Cidade: Contagem CEP: 32050-397  
 Tel. Residencial:  Tel. Comercial:  Tel. Celular: 9887-0410 WhatsApp:  Está Trabalhando:  Sim  Não  
 Profissão:  Cargo/Função:  Trabalho:  Formal  Informal (sem vínculo empregatício) Renda bruta mensal R\$

QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR - Colocar primeiro o nome do(a) candidato(a). Este quadro deve constar o nome de todas as pessoas que moram na mesma residência com o(a) candidato(a), inclusive crianças.

No	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão ou Atividade	Estado Civil	Escolaridade	Renda (R\$)
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
<b>TOTAL DA RENDA FAMILIAR R\$</b>							

O Projeto Pré-Vestibular Popular não se responsabiliza e não interfere no processo seletivo para concessão de bolsa realizado pelas Instituições de Ensino Superior. Declaro serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário. Estou ciente que outros documentos poderão ser solicitados pelo(a) assistente social e que a não veracidade das informações acarretará a anulação do pedido de avaliação.

Data:  / /  
 Assinatura do (a) candidato (a) [Signature]  
 Responsável pelo cadastro

ASCOBEV - NÚCLEO NOVA CONTAGEM  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA - ANO DE 2020

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

IMÓVEL DE MORADIA:

<input checked="" type="checkbox"/> Próprio	( ) Alugado	( ) Cedido	( ) Financiado
Valor do Aluguel: R\$ _____	Nome e parentesco com proprietário:	Valor da Prestação: R\$ _____	

CONDIÇÕES DE MORADIA:

Tijolo: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não	Eletricidade: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Piso: ( ) madeira ( ) terra batida ( ) cimento <input checked="" type="checkbox"/> outros	Água potável: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( ) coletiva
Cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> laje ( ) telha colonial ( ) telha amianto/zinco ( ) lona	Rede de esgoto: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não ( )

CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_\_  
Faz uso de contínuo medicamentos: \_\_\_\_\_

Nome	Tipo da Doença

**Pessoa com deficiência:** física, mental, sensorial (auditiva, visual), múltipla - (conforme Decreto 3.298/99) pessoa com deficiência no grupo familiar? \_\_\_\_\_

Nome	Tipo de Deficiência

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

*Silvia Suller da Brito*  
Assinatura do (a) candidato (a)

CAMPO PARA AVALIAÇÃO SOCIO-ECONÔMICA:

RENDIA FAMILIAR	R\$ _____
TOTAL DAS DESPESAS	R\$ _____
RENDIA LÍQUIDA	R\$ _____
RENDIA PER CAPITA	R\$ _____

PARECER TÉCNICO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Técnico: \_\_\_\_\_