

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

 Familiares com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo?

 Pessoa incapaz na família? () Sim Não Quem?

 Gestantes: Não () Sim, quantas? _____

 Nutrizes: Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:
 Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outros

 Energia Elétrica: Sim Não ()

 Tipo de construção: alvenaria () precária

 Abastecimento de Água: () Não Sim, qual tipo? Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

 Rede de Esgoto: () Não Sim, qual tipo? rede pública () Fossa () Céu Aberto



001121

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Dança HORÁRIO 11:00 DIA: 09/09/20

1. Identificação do usuário

Nome Ulma Ozorio DE OLIVEIRAData de nascimento: 3/5/10SEXO: feminino

NIS:

Raça / cor: pardaNome da mãe: Maria Jose da Costa OzorioPai: JOSE OZORIO FILHO

Tipo de documento: CPF Nº:

Naturalidade - BrasileiraCidade: Contagem

UF:

Estado Civil: casado () solteiro () viúvo () outrosData da Inscrição: 09/03/20

2. Endereço

Rua/Av.: retiro Nº: 314Bairro: NOVA CONTAGEMCidade: Contagem

CEP:

Regional: NOVA CONTAGEM

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: () _____

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo IncompletoSérie: 3 ° ano ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: -

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

- hipertensão



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Pilates HORÁRIO 19:00 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome Maria Odete Rosa

Data de nascimento: 28/3/1945 SEXO: Feminino

RIS:

Raça / cor: Branca Nome da mãe: Marcia Maciel Flores
Pai: Altamiro

Tipo de documento: CPF 816.309.856-00
Nº: 3.059.030

Naturalidade - Crucilândia Cidade: Crucilândia

UF: MG

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo
() outros

Data da Inscrição: / /

2. Endereço

Rua/Av.: Rio de Janeiro Nº: 203

Bairro: Bachó

Cidade: Contagem

CEP: 32.280-000

Telefone fixo: ()

Telefone celular: (31) 994335038

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: º ano º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola:

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Pressão alta



Faz uso de medicamento(s)?

~~Sim~~ ~~Não~~ Sim

Qual(is)? ~~Sim~~ Buspironol e Coloxema

É alérgico? () Sim (X) Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende?: Racho

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____

N.º: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.COM

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
- () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
- () Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
- () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
- () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
- () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
- () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim, ative caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais.

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

001127



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Deborahiana Aparecida da Silva Moana

Data de nascimento: 19/10/1969 SEXO: Feminino NIS: _____

Raça / cor: negra Nome da mãe: _____
Pai: inexistente Maria Rosmida da Silva

Tipo de documento: CPF N°: 45788898668

Naturalidade - UF: MG Cidade: Contagem

Estado Civil: casado () solteiro () viúvo () outros Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço Rua Rio Morelato

Rua/Av.: Nº: 1106

Bairro: Riacho Cidade: Contagem CEP: 32265-210

Telefone fixo: (31) 33915761

Telefone celular: (31) 994835260

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____ Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

portador de



001128

Faz uso de medicamento(s)?

Qual(is)? Sim (Clonazepam, atenolol 50mg, lisdexa 25mg, celudipina 25mg.É alérgico? () Sim Não A quê? _____Já tomou medicamento que fez mal? () Sim Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende? _____

posto do Macho**5. Referência familiar**

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON Através das unidades da Proteção Social Básica Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade Outras formas de encaminhamento. Quais: _____**7. Público prioritário** Em situação de isolamento trabalho infantil vivência de violência e/ou negligência fora da escola ou com defasagem escolar em situação de acolhimento em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto egresso de medida socioeducativa situação de abuso e/ou exploração sexual com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA criança e adolescente em situação de rua vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

 Bolsa Família BPC PETI Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001129

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: (X) Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim (X) Não Quem? _____

Gestantes: () Não (X) Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9 .Situação de Moradia:

() Própria () Alugada (X) Cedida () Invadida () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não ()

Tipo de construção: (X) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: (X) Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) rede pública () Fossa () Céu Aberto



001130

Destino do lixo: (<input checked="" type="checkbox"/>) Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros
Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:
<u>Não preencher esse quadro</u>
Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____
Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____
10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:
Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.
Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.
Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, <u>justificar suas faltas imediatamente</u> , notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.
Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.
Contagem, _____ de _____ de _____.
Assinatura do usuário: _____
Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:
Contagem, ____ de _____ de _____.

Responsável Legal



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Gilda de Almeida oliveira

Data de nascimento: 16/07/55 SEXO: Feminino

RIS:
RIS:

Raça / cor: Branca

Nome da mãe: Beacy da conceição Almeida
Pai: Avelino peregrino de Almeida

Tipo de documento: CPF Nº: 35644990672

Naturalidade - Poçoane

Cidade: _____

UF: MG

Estado Civil: casado () solteiro () viúvo
() outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: Av. Rica Nº: 373

Bairro: Independentes

Cidade: Contagem

CEP: 32260-100

Telefone fixo: () 31 30468607

Telefone celular: () 31-982039524

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental (X) Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo (X) Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Não



Faz uso de medicamento(s)?

sim

Qual(is)? levotiroxina

É alérgico? () Sim Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende? UBS do Riacho

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____

N.º: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.COM

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
- () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
- () Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
- () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
- () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
- () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA
- () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim que tiver caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais.

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Euclides	casado	esposo	Aposentado				
2	Hellen C	solteira	filha	Auxiliar vendas			58	1045,00
3							27	1045,00
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: 3.135,00Familiars com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo?Pessoa incapaz na família? () Sim Não Quem?Gestantes: Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

 Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outrosEnergia Elétrica: Sim Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não Sim, qual tipo? rede pública () Fossa () Céu Aberto

001134



Destino do lixo: Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____

Assinatura do usuário: Gilda de Almeida Oliveira

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____

Responsável Legal



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - (X) MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO 18:00 DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome: Rita Santana

Data de nascimento: 15/05/86 SEXO: Feminino

PIS:
NIS:

Raça/cor: Branca Nome da mãe: Alite Moreira Leal
Pai: _____

Tipo de documento: CPF Nº: 421.618.786-20

Naturalidade: Brasileira Cidade: Contagem

UF: Minas Gerais

Estado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: ~~Av. Coronel João Soares Nº 78~~ / casa

Bairro: Inconfidentes Cidade: Contagem CEP: 32260470

Regional: _____

Telefone fixo: ~~(31) 99869-0707~~

Telefone celular: (31) 99869-0707

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo (X) Incompleto

Série: _____ ano _____ ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Não



Faz uso de medicamento(s)?

Sim

Qual(is)? Glibenclamida, Metformina, Enalapril

É alérgico? () Sim (X) Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende?:

UNIMED

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____

N.º: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.COM

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

(X) Outras formas de encaminhamento. Quais: Disseminação**7. Público prioritário**

- (X) Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
 () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
 () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
 Adolescente - ECA
 () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do
 Adolescente - ECA
 () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com
 deficiência

Assim, se não caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

() Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001138

CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Dança HORÁRIO 10:00 DIA: 05/10/2020

1. Identificação do usuário

Nome Jandira Vicência BarbosaData de nascimento: 24/4/61 SEXO: Feminino NIS:Raça / cor: Parda Nome da mãe: Maria Gonçalves Vieira
Pai: SE BASTIÃO GONÇALVES VIEIRATipo de documento: CPF Nº: 953080916-69Naturalidade - Brasileira Cidade: Contagem
UF:Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo
() outros Data da Inscrição: 05/10/2020

2. Endereço

Rua/Av.: VL3 Nº: 91Bairro: nova contagem Cidade: CONTAGEM CEP:Telefone fixo: () _____
Telefone celular: () _____

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () IncompletoSérie: — ° ano — ° ciclo —

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: — Bairro: —

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

não



001139

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo?Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem?

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____**9 .Situação de Moradia:**() Própria () Alugada () Cedida () Invasida () outrosEnergia Elétrica: Sim () Não ()Tipo de construção: () alvenaria () precáriaAbastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Suely Silva de Vasconcelos

Data de nascimento: 18/12/55 SEXO: feminino NIS: _____

Raça / cor: branca Nome da mãe: Sebastiana Silva Vasconcelos
Pai: Juzandir de Vasconcelos

Tipo de documento: CPF Nº: 205 823 666 - 15

Naturalidade - brasileira Cidade: Tombos
UF: MG

Estado Civil: () casado (X) solteiro () viúvo () outros
Data da inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: Francisco de Paula Filho, nº 12

Bairro: Vila Mendes Cidade: CONTAGEM CEP: 32044297

Telefone fixo: () _____
Telefone celular: (X) 99984-8689

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio (X)

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____ Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

DIABETIS, PRESSÃO ALTA, FIBROMIALGIA



001141

Faz uso de medicamento(s)?

Sim

Qual(is)? Losartana, metformina, SINUASTATINA
FUROSEMIDA, AAS, Glibenclâmida.

É alérgico? () Sim (X) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o
atende?: CENTRO**5. Referência familiar**

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

(X) Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

() Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência

() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento

() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa

() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

(X) Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001142

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	CAMILA V. DIAS	SOLT.	Filha	ESTUDANTE	SUPERIOR A COMPLETAR		31	
2	DANIEL H V.D.P	SOLT	NETO	ESTUD.	5º ANO		13	
3	ALEXANDRE V.D.	SOLT.	NETO	ESTUD.	5º ANO		11	
4	GUSTAVO V.D	SOLT	NETO	ESTUD.	5º ANO		11	
5	ANA CLARA MAGESTY	SOLT	NETA	ESTUD.	INFANTIL		5	
6	JOAO VICTOR MAGESTY	SOLT	NETO	ESTUD.	INFANTIL		4	
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não (X) Sim qual? tipo? ROSACEA

Pessoa incapaz na família? () Sim (X) Não Quem? _____

Gestantes: (X) Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(X) Própria () Alugada () Cedida () Invasida () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não ()

Tipo de construção: (X) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto

X rede privada



Destino do lixo: (X) Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: 7 Renda líquida: 1.100,00

Renda familiar bruta R\$ 1.700,00 Renda per capita: 240,00

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 25 de Setembro de 2020.

Assinatura do usuário: Suely Silva de Vasconcelos

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ___ de _____ de _____.

Responsável Legal



001144

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome *Miris Auxiliadora Aguiar da Silva*Data de nascimento: *9/9/59* SEXO: *F.*

NIS: _____

Raça / cor: _____

Nome da mãe: *Christina Bonzi de Aguiar*Pai: *Joaquim de Aguiar*

Tipo de documento: CPF Nº: _____

Naturalidade - *Ataca Lima*

Cidade: _____

Estado Civil: casado () solteiro () viúvo () outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço *R. Jota nº 100*

Rua/Av.: Nº: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: () *999045001*

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?



Faz uso de medicamento(s)?

Sim

Qual(is)? *Coolesterol, e Ansiedade.*

É alérgico? () Sim () Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende?: _____

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____ RG: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

() Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

() Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência

() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento

() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa

() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

() Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001146

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outros

Energia Elétrica: Sim () Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001147

Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____
Assinatura do usuário: Amélia Humilidade Aguiar da Silva

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ____ de _____ de _____

Responsável Legal _____



001148

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome EMICÉLIA NUNES COELHO da SILVA

Data de nascimento:

19/11/51SEXO: FEMININO

NIS:

Raça / cor: BRANCA

Nome da mãe:

ESTER DA SILVA COELHO

Pai:

OTTO NUNES COELHO

Tipo de documento: CPF Nº:

Naturalidade - CORDAÇACidade: M.G

UF:

Estado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: J Nº: 88Bairro: FONTE GRANDECidade: CONTAGEMCEP: 32015470

Regional:

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: () 989531089

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola:

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

ASMA



001149

Faz uso de medicamento(s)?

SIM

Qual(is)? CLENIL E SALBUTAMOL

É alérgico? () Sim () Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o

atende?: VILA ITÁLIA

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____

N.º: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON Através das unidades da Proteção Social Básica Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade Outras formas de encaminhamento. Quais: _____**7. Público prioritário** Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

 Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001150

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	FÁBIO	CASADO	FILHO					
2	FLAVIA	"	FILHA					
3	FABRÍCIO	"	FILHO					
4	FERNANDA	"	"					
5	FRANCISCO	"	"					
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(X) Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não () Tipo de construção: (X) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) rede pública () Fossa () Céu Aberto



Destino do lixo: (X) Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário: Monicélia Nunes Coelho da Silva

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Helena de Jesus Silva

Data de nascimento: ____/____/____ SEXO: Feminino NIS: _____

Raça / cor: _____ Nome da mãe: Marysilvana da Cruz
Pai: José Nicodemos de Jesus

Tipo de documento: CPF Nº: 025.474.296-70

Naturalidade - UF: contagem Cidade: contagem

Estado Civil: () casado () solteiro viúvo () outros Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: Nº: 336 Av. Virgínia Graciosa Pacelli
Bairro: Alvorada Cidade: contagem CEP: 32071-540

Telefone fixo: (+) 3395.8038
Telefone celular: (+) 98723.5914

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental Ensino Médio ()
() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: Escola Estadual Sabino Barroso Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?



001153

Faz uso de medicamento(s)?

SimQual(is)? Simvastatina - AS - Silype Alaperimol - Antemalol - Apussadina -
Bzulinca -É alérgico? () Sim Não A quê? _____Já tomou medicamento que fez mal? () Sim Não Qual? _____Qual PSF ou UBS que o
atende?: _____**5. Referência familiar**

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON Através das unidades da Proteção Social Básica Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade Outras formas de encaminhamento. Quais: _____**7. Público prioritário** Em situação de isolamento trabalho infantil vivência de violência e/ou negligência fora da escola ou com defasagem escolar em situação de acolhimento em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto egresso de medida socioeducativa situação de abuso e/ou exploração sexual com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA criança e adolescente em situação de rua vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

 Bolsa Família BPC PETI Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001154

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo? _____Pessoa incapaz na família? () Sim Não Quem? _____Gestantes: Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia: Própria () Alugada () Cedida () Invasida () outrosEnergia Elétrica: Sim Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não Sim, qual tipo? Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não Sim, qual tipo? rede pública () Fossa () Céu Aberto



001155

Destino do lixo: Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário: Thelena de Jesus Silva

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal



001156

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Maria América de Almeida PinheiroData de nascimento: 29/03/53 SEXO: FemininoRIS:
NRS:Raça / cor: _____ Nome da mãe: Dilma Vilas Boas de Almeida
Pai: Jose Alves de AlmeidaTipo de documento: CPF Nº: 745 365 756. 34Naturalidade - Guiricema Cidade: GuiricemaUF: MGEstado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua Rio TapajósRua/Av.: Nº: 154Bairro: RiachoCidade: Contagem

CEP: _____

Telefone fixo: (31) 3361.14.06Telefone celular: (31) 996440696

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio (X)

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?
Não



C01157

Faz uso de medicamento(s)?

Não

Qual(is)?

- - -

É alérgico? () Sim Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende? _____

5. Referência familiar

Nome do responsável:

Grau de Parentesco:

Renata Almeida Pinheiro (filha)

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: 03240961631 N.º:

Órgão Emissor: SSP

UF: MG

RG: 17445475

6. Como chegou à JUNTOS.CON Através das unidades da Proteção Social Básica Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade Outras formas de encaminhamento. Quais: Indicação**7. Público prioritário** Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim, não tem caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

 Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s):



001158

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

Energia Elétrica: Sim () Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001159

Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário: _____

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal



001160

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO (X) IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: (X) INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Núcleo J.F. Rosa HORÁRIO: 18:00 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome: Yvonia do Carmo Mendes Sabeira Marques (Parmirês)Data de nascimento: 20/10/58 SEXO: FemininoRaça / cor: Nome da mãe: Carmelita Antonia Mendes
Pai: João Francisco MendesTipo de documento: CPF Nº: 512721646-91Naturalidade: São Gonçalo do Pará Cidade: São Gonçalo do Pará
UF: PAEstado Civil: (X) casado () solteiro () viúvo () outros
Data da Inscrição: 29 / 09 / 20202. Endereço Rua MarajóRua/Av.: Nº: 538 apto 302Bairro: Amazonas Cidade: Contagem CEP: 32223-560Telefone fixo: (31) 33630085Telefone celular: (31) 994643247

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio (X)

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: º ano º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Diabetes tipo II, Colesterol



001161

Faz uso de medicamento(s)?

Sim

Qual(is)? Glifage XR 500, Simvastatina

É alérgico? (X) Sim () Não A quê? Lúpulo, farinha, cheiros fortes, gelo.

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende?:

5. Referência familiar

Nome do responsável: Daniel Mendes Marques

Grau de Parentesco: Filho

NIS:

Tipo de documento: CPF:

N.º:

RG:

Órgão Emissor:

UF:

6. Como chegou à JUNTOS.COM

 () Através das unidades da Proteção Social Básica () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade (X) Outras formas de encaminhamento. Quais: Através de uma amiga do Grupo de Corrida de Rua (Rejane)

7. Público prioritário

 () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim, a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais.

 () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s):



8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Almeida Nivaldo Marques	Casado	filho	Autônomo (Desempregado)	Ensino Médio	Desempregado	29	-
2	Vanênia Mendes Salveira	Divórcio Estável	filha	Digitadora - Adv. Adm.	Ensino Médio	Desempregada	39	-
3	Valdir Martins Marques	Casado	Esposo	Funcionário Público	Ensino Médio	Desempregado	77	-
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas:

Familiars com doenças crônicas: () Não (X) Sim qual? tipo?

Diabetes e Hipertensão

Pessoa incapaz na família? () Sim (X) Não Quem?

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(X) Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não ()

Tipo de construção: (X) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) rede pública () Fossa () Céu Aberto



Destino do lixo: (<input checked="" type="checkbox"/>) Caminhão de Coleta (<input type="checkbox"/>) Caçamba (<input type="checkbox"/>) Lote Vago (<input type="checkbox"/>) Outros
Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:
<u>Não preencher esse quadro</u>
Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____
Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____
10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:
Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.
Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.
Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, <u>justificar suas faltas imediatamente</u> , notificar ao JUNTOS.CON quando da <u>desistência da vaga</u> .
Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.
Contagem, <u>03</u> de <u>Outubro</u> de <u>2020</u>
Assinatura do usuário: <u>[assinatura]</u>
Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:
Contagem, _____ de _____ de _____
Responsável Legal



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____ / ____ / ____

1. Identificação do usuário

Nome Maria Rita de Souza

Data de nascimento: 18/7/30 SEXO: F

RIS: _____

Raça / BRASILEIRA Nome da mãe: Angelica maria de Jesus
cor: morena Pai: _____

Tipo de documento: CPF Nº: 285 75400663

Naturalidade - Brasileira Cidade: Contagem
UF: _____

Estado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outros Data da Inscrição: ____ / ____ / ____

2. Endereço R. Rio oval

Rua/Av.: Nº: 149

Bairro: Núcleo Cidade: Contagem CEP: _____

Regional: _____

Telefone fixo: () 25 6744 69

Telefone celular: () 9 89 3319 16

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola (X) não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: ° ano ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

pressão e colesterol



Faz uso de medicamento(s)?

sem

Qual(is)? *glucapril, ~~clonazepam~~ clonazepam, nevacetima, xomalgim
elondrato de amitriptilina*

É alérgico? () Sim () Não A quê?

não

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende?:

Picacho

5. Referência familiar

Nome do responsável:

Grau de Parentesco:

Walter de A Souza / filha

NIS:

Tipo de documento: CPF: *790.595.30630*

Órgão Emissor:

UF:

RG:

6. Como chegou à JUNTOS.CON

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
 () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
 () Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
 () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
 () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
 () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA
 () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim, se tiver caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais.

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invasida () outros

Energia Elétrica: Sim () Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () sistema () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto

001167



Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.COM. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário: _____

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____.

Responsável Legal _____



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: PILATES HORÁRIO: 19:00 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome <u>MARIA ADRIANA GONÇALVES LAZÁRIO</u>			
Data de nascimento: <u>27/07/55</u>	SEXO: <u>FEMININO</u>	PK NIS:	
Raça / cor:	Nome da mãe: <u>IRILINA DA SILVA GONÇALVES</u>	Pai: <u>JOAQUIM GONÇALVES BASTOS</u>	
Tipo de documento: <u>CPF</u>	Nº:		

Naturalidade - BELO HORIZONTE Cidade: CONTAGEM
UF: MINAS GERAIS

Estado Civil: casado () solteiro () viúvo () outros
Data da Inscrição: / /

2. Endereço

Rua/Av.: I Nº: 305 - AP^{to} 401
Bairro: INCONFIDENTES Cidade: CONTAGEM CEP: 32.265-110
Regional:
Telefone fixo: (B1) 3362-2490
Telefone celular: (B1) 988452490

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()
() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: °ano ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

SIM - DIABETES



001169

Faz uso de medicamento(s)?

SIM

Qual(is)? GLIFAGE, FORXIGA, ATENOLOL, AZUKON, SINVAS-TATINA

É alérgico? () Sim (X) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende?: RIACHO

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____

N.º: _____

Órgão Emissor: _____

UF: _____

RG: _____

6. Como chegou à JUNTOS.COM

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
() Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa Adolescente - ECA
() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente
() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assim, se houver caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais.

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001170

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invasida () outros

Energia Elétrica: Sim () Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () sistema () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001171

Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 06 de OUTUBRO de 2020

Assinatura do usuário: Mateus

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ___ de _____ de _____.

Responsável Legal



001172

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Platares HORÁRIO: _____ DIA: ____/____/____

X 1. Identificação do usuário

Nome Dilva Vilas Boas de AlmeidaData de nascimento: 03/11/SEXO: FEMININO

NIS: _____

Raça / cor: BRANCANome da mãe: Amélia Ferreira Vilas Boas (AMÉRICA)Pai: Antonio Vilas BoasTipo de documento: CPF Nº: 026.780.516-09
M.G. 3.856.060Naturalidade - GUIRICEMA Cidade: GuiricemaUF: MGEstado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outrosData da Inscrição: 17/09/2020

X 2. Endereço

Rua/Av.: Alameda Nº: 57Bairro: RIACHO DAS PEDRAS Cidade: CONTAGEMCEP: 32065.040

Regional: _____

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: 31 99578-4422

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

X 4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença? Alzheimer



001173

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiares com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____

Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9 .Situação de Moradia:() Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outrosEnergia Elétrica: Sim () Não () Tipo de construção: () alvenaria () precáriaAbastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001174

CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: Ginástica HORÁRIO 16:00 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome Valdemar Teles dos SantosData de nascimento: 10/03/1973SEXO: Feminino

NIS:

Raça / cor: morenaNome da mãe: Lucilene Teles NunesPai: Crispiano Gonçalves dos Santos

Tipo de documento: Nº:

CPF 522424556-72Naturalidade - PodeCidade: Teófilo OtoniUF: MGEstado Civil: () casado () solteiro () viúvo
() outrosData da Inscrição: / /

2. Endereço

Rua/Av.:

Nº: Rua R Turquesa 200

Bairro:

Cidade: Contagem

CEP:

Regional: São SebastiãoTelefone fixo: () 3357 7755Telefone celular: ()

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: º ano º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola:

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Não

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Jose Reles	Solteiro	Filho	Autônomo			44	
2	Edson Luis Reles	Solteiro	Filho	Ajudante			49	
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiares com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo? _____

Pessoa incapaz na família? () Sim Não Quem? _____

Gestantes: Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9 .Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

Energia Elétrica: Sim () Não Tipo de construção: alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001176

CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Edna Regina de Deus Rangel ResendeData de nascimento: 21/05/57 SEXO: Feminino NIS: _____Raça / cor: Branca Nome da mãe: Giselda de Jesus
Pai: Herivel Alves Rangel

Tipo de documento: CPF Nº: _____

Naturalidade - Campo dos Gortões Cidade: Campo
UF: Rio de JaneiroEstado Civil: casado () solteiro () viúvo
() outros Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: Nº: Rua ~~Passos~~ Australia 121
Bairro: Parque da Rusista Cidade: Contagem CEP: _____
Regional: RussãoTelefone fixo: () 3088683
Telefone celular: () 991794063

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()
() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____ Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?
nao

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Marcio Eustaquio de Rezende	casado	marido	Apont.			73	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

 Familiares com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo?

 Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem?

 Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

 Nutrizes: () Não () Sim, quantas? _____

9 .Situação de Moradia:

 () Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

 Energia Elétrica: Sim () Não () Tipo de construção: () alvenaria () precária

 Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

 Rede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001178

CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Maria Eunice VenturaData de nascimento: 24/06/57SEXO: Feminino

NIS:

Raça / cor:

Nome da mãe:

Conceição Ferreira da Costa (Falecida)

Pai:

Josefino RAfael Ventura (Falecido)Tipo de documento: CPF Nº: 582 598 806 89Naturalidade - Belo Horizonte Cidade: ContagemUF: MGEstado Civil: () casado () solteiro () viúvo
() outros

Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: Nº: Rua Egito 45Bairro: Vila Santa Luzia Cidade: Contagem CEP: 32160-500
Regional:

Telefone fixo: () _____

Telefone celular: (31) 98813 7097

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola:

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

pressão alta pré diabetes

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	M ^{re} Eunice Ventura	divorciada	Mãe	Professora	Curso superior	concur sada (ativa)	63	-
2	ra							
3	Leandro Luis	solteiro	Filho		B. Médio			
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiares com doenças crônicas: (X) Não () Sim qual? tipo?

Pessoa incapaz na família? () Sim (X) Não Quem?

Gestantes: (X) Não () Sim, quantas? _____ Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(X) Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não () Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) rede pública () Fossa () Céu Aberto



CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: (X) INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: 20/09 HORÁRIO: 14:40 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome: Ailton Gonçalves Carneiro

Data de nascimento: 21/2/55 SEXO: Masculino NIS:

Raça / cor: Branco Nome da mãe: Micera Gonçalves Carneiro
Pai: José Abelino Carneiro

Tipo de documento: CPF Nº: 251.126.276-20

Naturalidade - Cito Soares Cidade: Contagem
UF: MG

Estado Civil: (X) casado () solteiro () viúvo () outros
Data da Inscrição: 28 / 09 / 2020

2. Endereço Rua Otávio

Rua/Av.: Nº: 541

Bairro: Santa Helena Cidade: Contagem CEP: 32015-180

Regional: Sude

Telefone fixo: () 3398 6784

Telefone celular: ()

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola (X) não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: ° ano ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Diabetes Hipertensão



001181

Faz uso de medicamento(s)?

Qual(is)?

Acleriforemina 500, Atenolol

É alérgico? () Sim (X) Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o atende?:

5. Referência familiar

Nome do responsável: Grau de Parentesco:

NIS:

Tipo de documento: CPF:

N.º:

RG:

Órgão Emissor:

UF:

6. Como chegou à JUNTOS.CON

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

(X) Outras formas de encaminhamento. Quais: Associação Santa Helena

7. Público prioritário

(X) Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência

() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento

() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa

() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

() Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s):



G01182

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Tereza Grillo Casado			—	—	—		
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo? _____Pessoa incapaz na família? () Sim Não Quem? _____Gestantes: Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia: Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outrosEnergia Elétrica: Sim Não () Tipo de construção: () alvenaria () precáriaAbastecimento de Água: () Não Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001183

Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 28 de setembro de 2020

Assinatura do usuário: [Assinatura]

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ___ de _____ de _____.

Responsável Legal



001184

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: (X) INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: dorça HORÁRIO 15 DIA: / /

1. Identificação do usuário

Nome Maria José da Silva SoaresData de nascimento: 25/1/31 SEXO: FemininoRaça / cor: negra Nome da mãe: Maria Barbosa Ribeiro NIS:
Pai: José Maria Pereira da SilvaTipo de documento: CPF Nº: 00130475661Naturalidade: Montana de Pira Cidade: Contagem
UF: MGEstado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo () outros
Data da Inscrição: 28 / 07 / 20202. Endereço Rua CiprestesRua/Av.: Nº: 50Bairro: Chácara Contagem Cidade: ContagemRegional: Salde CEP: 32025018Telefone fixo: () 90642048Telefone celular: (31) 90920634

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola (X) não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()
() superior () Em Curso () Completo () IncompletoSérie: º ano º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola:

Bairro:

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?

Hipertensão / Hipertireoidismo



Faz uso de medicamento(s)?

Qual(is)? losartona, Topazol, Aprelobina, Aletiformina

É alérgico? Sim Não A quê? laudipma

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual? laudipma

Qual PSF ou UBS que o atende?:

5. Referência familiar

Nome do responsável:

Mauvea

Grau de Parentesco:

Filha

NIS:

Tipo de documento: CPF:

N.º:

Órgão Emissor:

UF:

RG:

6. Como chegou à JUNTOS.COM

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
- () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
- Outras formas de encaminhamento. Quais: Associação Comunitária

7. Público prioritário

- Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
- () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
- () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
- () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
- () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s):



8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Marysca	Casada	filha	—	—	—		
2	Emília							
3	Socres da							
4	Julia							
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo? _____Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outrosEnergia Elétrica: Sim () Não ()

Tipo de construção: () alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



001187

Destino do lixo: Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, _____ de _____ de _____ de 2020
Assinatura do usuário: _____

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, _____ de _____ de _____

Responsável Legal



001188

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome: Aparecida Fernandes FragaData de nascimento: 1/5/40 SEXO: Feminino NIS: _____Raça / cor: Negra Nome da mãe: Leina Maria de Jesus
Pai: Jose Fernandes da PracaTipo de documento: CPF 512351536-49
Nº: MG 24426.990Naturalidade: São Domingos do Prata Cidade: _____
UF: MGEstado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo () outros
Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: AV Teleferico 2 Nº: 192 Ap. 204Bairro: Cery Água Branca Cidade: Contagem CEP: 32370-010regional:
Telefone fixo: (31) 25690630
Telefone celular: () _____

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola (X) não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____º ano _____º ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____ Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?
Doalets, Aspetuosa



001189

Faz uso de medicamento(s)?

sim

Qual(is)? Glyag, ceftriaxona, Atenolol, losartane

É alérgico? () Sim (x) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (x) Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende?: _____

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

(x) Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

() Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência

() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento

() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa

() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

() Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

**8. Perfil Familiar:**

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: (x) Não () Sim qual? tipo?

Pessoa incapaz na família? () Sim (x) Não Quem?

Gestantes: (x) Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes (x) Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(x) Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outros

Energia Elétrica: Sim (x) Não () Tipo de construção: (x) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (x) Sim, qual tipo? (x) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (x) Sim, qual tipo? (x) rede pública () Fossa () Céu Aberto



C01191

Destino do lixo: () Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 22 de setembro de 2020.Assinatura do usuário: Aparecida Fernandes Fraga

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ___ de _____ de _____.

Responsável Legal



CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO ()

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Maxia do Rosario B. Soares Barbosa

Data de nascimento: 23/09/56 SEXO: Feminino NIS: _____

Raça / cor: _____ Nome da mãe: _____
Pai: _____

Tipo de documento: CPF 186 229 176-49
Nº: 1629652

Naturalidade - Rio de Janeiro Cidade: _____
UF: MG

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () outros
Data da Inscrição: ____/____/____

2. Endereço

Rua/Av.: _____ Nº: Rua 9 nº 981

Bairro: Santa Helena Cidade: Contagem CEP: 32015-190

Regional: _____

Telefone fixo: (31) 2529 4669

Telefone celular: (31) 99176 7779

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ °ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?
nao



Faz uso de medicamento(s)?

Qual(is)? Ruxon Ty, Gliborol -

É alérgico? () Sim (X) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim () Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende? _____

5. Referência familiar

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
- () Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
- (X) Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
- () fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
- () em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
- () situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
- () criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiars com doenças crônicas: (Não () Sim qual? tipo? _____Pessoa incapaz na família? () Sim () Não Quem? _____Gestantes: () Não () Sim, quantas? _____

Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

() Própria () Alugada () Cedida () Invadida () outrosEnergia Elétrica: Sim () Não ()Tipo de construção: () alvenaria () precáriaAbastecimento de Água: () Não () Sim, qual tipo? () Rede Pública () cisterna () Corrente NaturalRede de Esgoto: () Não () Sim, qual tipo? () rede pública () Fossa () Céu Aberto



Destino do lixo: <input checked="" type="checkbox"/> Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros
Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:
<u>Não preencher esse quadro</u>
Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____
Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____
10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:
Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.
Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.
Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, <u>justificar suas faltas imediatamente</u> , notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.
Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.
Contagem, <u>24</u> de <u>Dezembro</u> de <u>2020</u>
Assinatura do usuário: <u>me do Rosário B. Soares Barbosa</u>
Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:
Contagem, ___ de _____ de _____.
Responsável Legal



001196

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome Suzana Cordeiro ValadaresData de nascimento: 18/07/38SEXO: F

NIS: _____

Raça / cor: BrancaNome da mãe: Cecilia Honorato CamposPai: Ozeias Cordeiro Valadares

Tipo de documento: CPF N°: _____

Naturalidade - Joazeiro

Cidade: _____

UF: MG

Estado Civil: (X) casado () solteiro () viúvo () outros

Data da Inscrição: 18 / 09 / 20

2. Endereço

Rua/Av.: N°: Avelino Campos 125 P.Bairro: Inconfidentes Cidade: ContagemCEP: 32260-230

Regional: _____

Telefone fixo: () 25243606

Telefone celular: () _____

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola () não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?



001197

Faz uso de medicamento(s)?

Sim

Qual(is)? Gabapentina 500mg, Difenidramina 1.5mg, Lorazepam 30mg

É alérgico? () Sim (X) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o atende?: _____

5. Referência familiarNome do responsável: _____ Grau de Parentesco: Tijha, Keila Valadares Fagundes

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
(X) Outras formas de encaminhamento. Quais: indicação de amigos

7. Público prioritário

- (X) Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

Familiares com doenças crônicas: () Não () Sim qual? tipo?

Pessoa incapaz na família? (X) Sim () Não Quem?

Gestantes: (X) Não () Sim, quantas? _____ Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9. Situação de Moradia:

(X) Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

Energia Elétrica: Sim (X) Não () Tipo de construção: (X) alvenaria () precária

Abastecimento de Água: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

Rede de Esgoto: () Não (X) Sim, qual tipo? (X) rede pública () Fossa () Céu Aberto



001199

Destino do lixo: (X) Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 18 de setembro de 2020Assinatura do usuário: [assinatura]

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ____ de _____ de _____.

Responsável Legal



001200

CADASTRO – FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO (X)

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO – () MATRÍCULA – () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome ILdo Miranda.Data de nascimento: 29/07/41 SEXO: Masculino

NIS: _____

Raça / cor: Branca.Nome da mãe: Eronima Miranda Passos.Pai: João Miranda Filho

Tipo de documento: CPF N°: _____

Naturalidade - Presidente Pena Cidade: _____
UF: MG.Estado Civil: () casado () solteiro (X) viúvo
() outrosData da Inscrição: 25/09/20202. Endereço Av. Rio NegroRua/Av.: N°: 523Bairro: Riacho Cidade: Contagem CEP: 32.280-00Regional: RiachoTelefone fixo: (31) 25572779

Telefone celular: () _____

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola (X) não frequenta Ensino Fundamental () Ensino Médio ()

() superior () Em Curso () Completo () Incompleto

Série: _____ ° ano _____ ° ciclo

Turno: () matutino () vespertino () noturno

Nome da Escola: _____

Bairro: _____

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?



C01201

Faz uso de medicamento(s)?

Vitaminas

Qual(is)? Vitaminas

É alérgico? () Sim (X) Não A quê?

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual?

Qual PSF ou UBS que o
entende?:**5. Referência familiar** Meigue Marcia Miranda

Nome do responsável: Grau de Parentesco: Filha

NIS: RG: MG 4 147 433

Tipo de documento: CPF: 670 890 116 15 N.º:

Órgão Emissor: UF: MG

6. Como chegou à JUNTOS.CON

- () Através das unidades da Proteção Social Básica
() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade
() Outras formas de encaminhamento. Quais: _____

7. Público prioritário

- () Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência
() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento
() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa
() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA
() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

- () Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

8. Perfil Familiar:

Nº	Nome	Estado Civil	Grau de parentesco	Profissão	Escolaridade	Situação de trabalho	Idade	Renda mensal (sem centavos)
1	Meique M. Miranda	Soltira	Filha	Assistente escolar	3º Grau		54	
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Total das despesas: _____

 Familiares com doenças crônicas: Não () Sim qual? tipo?

 Pessoa incapaz na família? Sim () Não Quem? Ido Miranda (deficiência física)

 Gestantes: Não () Sim, quantas? _____ Nutrizes () Não () Sim, quantas? _____

9 .Situação de Moradia:
 Própria () Alugada () Cedida () Invasa () outros

 Energia Elétrica: Sim Não () Tipo de construção: alvenaria () precária

 Abastecimento de Água: () Não Sim, qual tipo? Rede Pública () cisterna () Corrente Natural

 Rede de Esgoto: () Não Sim, qual tipo? rede pública () Fossa () Céu Aberto



001203

Destino do lixo: (X) Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:


Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 15 de setembro de _____ de 2020.

Assinatura do usuário: 

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ____ de _____ de _____.

Mary Cassia Miranda

Responsável Legal



001204

CADASTRO - FAIXA ETÁRIA () CRIANÇA () ADULTO () IDOSO

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÔMICO: () INSCRIÇÃO - () MATRÍCULA - () RENOVAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: Todas as informações serão guardadas em sigilo, portanto deverão ser claras e precisas. Essa ficha deverá ser preenchida e devolvida no dia da matrícula, juntamente com cópia de toda a documentação solicitada.

FORMULÁRIO PARA INGRESSO

OFICINA: _____ HORÁRIO _____ DIA: ____/____/____

1. Identificação do usuário

Nome		Agostinho Santana da Silva		NIS:
Idade de nascimento:	26/09/90	SEXO:	M	
Raça / cor:	branca	Nome da mãe:	Maria Leontina de Jesus	
		Pai:	Agostinho Inacio da Silva	
Tipo de documento:	CPF	227330596-49		
	Nº:	16180900		
Naturalidade - UF:	MG	Cidade:	Contagem	
Estado Civil:	<input checked="" type="checkbox"/> casado () solteiro () viúvo () outros	Data da Inscrição:	21/09/2020	

2. Endereço

Rua/Av.:	Nº: 279	Rua Professor Pedro Coelho		
Bairro:	Inconfidentes	Cidade:	Contagem	CEP: 32260-190
Regional:				
Telefone fixo:	() _____			
Telefone celular:	() 989580449			

3. Situação escolar atual:

() frequenta escola	() não frequenta	Ensino Fundamental ()	Ensino Médio ()
() superior	() Em Curso	() Completo	() Incompleto
Série:	° ano	° ciclo	
Turno:	() matutino	() vespertino	() noturno
Nome da Escola:		Bairro:	

4. Situação de saúde:

É portador de doença grave? Qual o tipo de doença?



001205

Faz uso de medicamento(s)? não

Qual(is)? _____

É alérgico? () Sim (X) Não A quê? _____

Já tomou medicamento que fez mal? () Sim (X) Não Qual? _____

Qual PSF ou UBS que o
atende?: _____**5. Referência familiar**

Nome do responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

NIS: _____

Tipo de documento: CPF: _____ N.º: _____ RG: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____

6. Como chegou à JUNTOS.CON

() Através das unidades da Proteção Social Básica

() Através das unidades da Proteção Social Especial de Média Complexidade ou Alta Complexidade

(X) Outras formas de encaminhamento. Quais: indicação de amigos**7.1. Círculo prioritário**

(X) Em situação de isolamento () trabalho infantil () vivência de violência e/ou negligência

() fora da escola ou com defasagem escolar () em situação de acolhimento

() em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto () egresso de medida socioeducativa

() situação de abuso e/ou exploração sexual () com medida de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

() criança e adolescente em situação de rua () vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

() Bolsa Família () BPC () PETI () Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____



001207

Destino do lixo: Caminhão de Coleta () Caçamba () Lote Vago () Outros

Em relação à sua casa, especifique a quantidade de:

Não preencher esse quadro

Total de pessoas na família: _____ Renda líquida: _____

Renda familiar bruta R\$ _____ Renda per capita: _____

10 .DECLARAÇÃO, TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM:

Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras. Autorizo a apresentação desses documentos aos Órgãos Públicos.

Declaro estar ciente das normas estabelecidas pela JUNTOS.CON. Comprometo-me a comparecer ao estabelecimento quando convocado (a) e fazer as advertências ao menor quando se fizer necessário.

Responsabilizo-me pelo comparecimento diário do menor, justificar suas faltas imediatamente, notificar ao JUNTOS.CON quando da desistência da vaga.

Autorizo a JUNTOS.CON a utilizar o nome, fotos, vídeos, áudios e imagens do usuário do programa em divulgações de suas atividades, por meio de mídia impressa, eletrônica e/ ou digital, tais como folders, sites, banners, projetos e entre outros, sem qualquer ônus à entidade ou terceiros por essa expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza sociocultural voltada à promoção da criança e do adolescente em todo território nacional e no exterior.

Contagem, 21 de setembro de 2020.

Assinatura do usuário: [assinatura]

Autorizo a participação da criança e/ou adolescente sob minha responsabilidade nos projetos oferecidos:

Contagem, ____ de _____ de _____.

Responsável Legal