

Declaração de Idoneidade

DECLARO, para os devidos fins, sob as penas da lei, que o Sr. JOSÉ EMI DE MOURA, brasileiro, casado, advogado, portador do OAB nº 128.913. e CPF nº 136.804.758-02, residente e domiciliado na Rua João Ribeiro, nº 198, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, membro da diretoria do Instituto Bolinha Branca é **pessoa idônea**, não exerce cargos incompatíveis com os objetivos da entidade e não possui condenação criminal transitada em julgado que impeça o exercício de sua função. Destarte, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

Para a maior clareza, firmamos o presente.

Santa Luzia, 09, de junho de 2026.



RENATO SÉRGIO FARIA BELISÁRIO
CPF nº 221.388.706-34



Declaração de Idoneidade

DECLARAMOS, para os devidos fins, sob as penas da lei, que o RENATO SÉRGIO FARIA BELISÁRIO, brasileiro, casado, engenheiro, portador do RG nº M. 365513 e CPF nº 221.388.706-34, residente e domiciliado na Alameda São Francisco de Assis, nº 365, Bairro Vale do Tamanduá, Santa Luzia /MG, presidente do Instituto Bolinha Branca é pessoa idônea, não exerce cargos incompatíveis com os objetivos da entidade e não possui condenação criminal transitada em julgado que impeça o exercício de sua função. Destarte, assumimos inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

Para a maior clareza, firmamos o presente.

Santa Luzia, 26 de maio de 2026.

JOSE EMI DE

MOURA:136804758

02

Assinado de forma digital por

JOSE EMI DE

MOURA:13680475802

Dados: 2026.06.09 07:56:09

-03'00'

JOSÉ EMI DE MOURA

CPF nº 136.804.758.02



Declaração de Inocuidade



DECLARAMOS para os devidos fins de direito, que o(a) Sr(a) **JOSE EMILIO**, portador(a) do CPF nº **31003600360039003A00500052004100**, residente e domiciliado na **Rua do Remédios, 240, nº 240, Fátima, Santaluzia - MG**, não possui nenhuma doença infecciosa, parasitária, neoplásica ou qualquer outra que possa representar risco à saúde pública, conforme atestado pelo(a) médico(a) responsável pelo(a) atendimento(a) em data de **15/05/2020**.

Por este documento, emitido em data de **15/05/2020**.

Assinatura do(a) médico(a) responsável:

JOSE EMILIO
CPF nº **31003600360039003A00500052004100**
Assinatura do(a) paciente:

01

JOSE EMILIO
CPF nº **31003600360039003A00500052004100**

