

Núcleo: Mora Jacuçu
(Município/Bairro)

Ginástica B



FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Rita Aldino da Silva Nasc: 11/02/87
RG: 21.265.996-5 CPF: 128.492.077-13 Whatsapp: (21) 9 9856 8601
Sexo: M () F (X) Endereço: Jardim 15 casa 89 Cidade: _____
Possui Deficiência? Se sim, Qual? Não
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? P. Hipertensão
Uniforme Tamanho: () P () M () G GG Como Conheceu o projeto? Através de uma amiga tá
Contato de emergência 1: Nome 21 97299-6093 Parentesco Morido Whatsapp: 21 9 7299-6093
Contato de emergência 2: Nome 21 96409-8769 Parentesco Filha Whatsapp: 21 96409-8769

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Rita Aldino da Silva, acir, assinalado, solicito inscrição no Projeto Transformando Vidas, declaro ter recebido o uniforme e autorizo a utilização minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, em fotos e filmagens decorrentes de minha participação no referido projeto.

Me comprometo ainda a realizar a DEVOLUÇÃO DO UNIFORME fornecido pelo projeto em caso da não participação minha, por qualquer motivo.

Rita Aldino da Silva
Assinatura do aluno

03/03/23
Data da assinatura

Anexar à ficha de inscrição:

- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
 - Atestado médico para prática de atividades esportivas ou PARQ preenchido;
- Os documentos acima relacionados são INDISPENSÁVEIS para que o aluno possa iniciar suas atividades no núcleo esportivo.

Núcleo: Nova Iguaçu
(Município/Bairro)

Ginástica B



FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Rita Goldino da Silva Nasc: 11/02/87

RG: 21.265.996-5 CPF: 128.492.077-13 Whatsapp: (21) 9 9856 8601

Sexo: M () F (x) Endereço: Sardim 15 casa 89 Cidade: _____

Possui Deficiência? Se sim, Qual? Não

Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? P. Hipertensão

Uniforme Tamanho: () P () M () G (x) GGG Como Conheceu o projeto? Através de uma amiga Tata

Contato de emergência 1: Nome 21 97299-6093 Parentesco Morido Whatsapp: 21 9 7299-6093

Contato de emergência 2: Nome 21 96409-8769 Parentesco Filha Whatsapp: 21 96409-8769

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Rita Goldino da Silva, acima assinalado, solicito inscrição no Projeto Transformando Vidas, declaro ter recebido o uniforme e autorizo a utilização de minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, em fotos e filmagens decorrentes de minha participação no referido projeto.

Me comprometo ainda a realizar a DEVOLUÇÃO DO UNIFORME fornecido pelo projeto em caso da não mais participação minha, por qualquer motivo.

Rita Goldino da Silva
Assinatura do aluno

03/03/23
Data da assinatura

Anexar à ficha de inscrição:

- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
 - Atestado médico para prática de atividades esportivas ou PARQ preenchido;
- Os documentos acima relacionados são INDISPENSÁVEIS para que o aluno possa iniciar suas atividades no núcleo esportivo.



SECRETARIA ESPECIAL DO ESPORTE

MINISTÉRIO DA CIDADANIA



PARQ - QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação clínica e médica. Caso seja respondido com SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica.

Por favor, leia atentamente cada questão e responda SIM ou NÃO.

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? () Sim Não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física? () Sim Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? () Sim Não

4) Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? () Sim Não

5) Você possui algum problema ósseo/articular que pode ser piorado pela atividade física? () Sim Não

6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração ou diabetes? Sim () Não

7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? () Sim Não

8) Esta gestante no ato da matrícula? () Sim Não

Declaração de Responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas neste questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado (a) pelo médico para participação em atividades físicas.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação. Estou isento a Associação Beneficente Bem Viver, bem como todos diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades oferecidas e praticadas por mim, de toda e qualquer responsabilidade por danos a minha saúde ou qualquer outra espécie, que eventualmente possam ser causados.

- Nome do(a) participante: Rita Opaldino da Silva
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

Data / Assinatura (Assinatura do Responsável no caso de menor de 18 anos)

03/03/2013

Rita Opaldino da Silva
Assinatura

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.265.996-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/09/2013

NOME RITA GALDINO DA SILVA

FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DA SILVA

ADENILZA GALDINO DA SILVA

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 11/02/1987

DOC. ORIGEM C. CASH LIV 00046B FLS 212 TERM 0017281

MESQUITA RJ

CPF 128.492.077-13 2 V/S

001

6237

LEI Nº 7.119 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0257

Polegar Direito

Rita Galdino da Silva

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DABF 3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA
FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA E ELETRÔNICA

Companhia de Energia Elétrica

Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438/02 - Desconto: 69,68

Classificação: Grupo B / Subgrupo B1 Residência /
Residência Especializada

Tipo de Fornecimento:
Monofase

181 (2462)

ALESSANDRA BRAGA DA SILVA
R DR JOHANN HEINRICH PESTALOZI 1SN
LT 15 CA 89 CAMPO ALEGRE / NOVA
IGUACU - RJ
CEP 26292-337
CPF/CNPJ: 11.***.***-26
MEDIDOR: 8753972

421105364

31943566

PERÍODO: ANO

TOTAL A PAGAR

VALOR DE PAGAMENTO

Autenticação mecânica



Para garantia dos dados impressos nesta nota fiscal, archive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos.