

Núcleo: Nova Iguaçu
(Município/Bairro)

Funcional B

FOTO 3X4

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: DAYANA NUNES DE OLIVEIRA Nasc: 15/01/1984
RG: 13191697-5 CPF: 106.524.077-57 Whatsapp: (21) 97536-3870
Sexo: M () F () Endereço: RUA DOUTOR SERGIO AROUCA LT14 CASA 70 Cidade: NOVA IGUAÇU
Possui Deficiência? Se sim, Qual? _____
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? _____
Uniforme Tamanho: () P () M () G (X) GG Como Conheceu o projeto? WHATSAPP
Contato de emergência 1: Nome ADRIANO Parentesco ESPOSO Whatsapp: (21) 97964-2201
Contato de emergência 2: Nome DURVAL Parentesco PAI Whatsapp: (21) 980398497

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, DAYANA NUNES DE OLIVEIRA, 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.

Dayana Nunes de Oliveira
Assinatura do aluno

25/02/2023
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.

PARQ - QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação clínica e médica. Caso seja respondido um 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 meu médico para participação em atividades físicas.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação e 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 de qualquer outra espécie, que eventualmente possam ser causados.

- Nome do(a) participante: DAYANA NUNES DE OLIVEIRA
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

25/02/2023

Dayana Nunes de Oliveira
Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
VICE - GOVERNADORIA DO ESTADO
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

NOME
DAYANA NUNES DE OLIVEIRA



FILIAÇÃO
DURVAL GOMES DE OLIVEIRA
CRISTINA NUNES DA SILVA

DATA NASC.
15/01/1984

NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO/RJ

DESCRIÇÃO
MÃO HA

FATOR RH
XXXX

Dayana Nunes de Oliveira
Assinatura do Titular

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

HEM Nº 7.116.90 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF **106.524.077-57** DNI **000000000000000000**
REGISTRO CERAL **13.191.697-5** DATA DE EXPEDIÇÃO **16/07/2019**

MATRÍCULA NÚMERO:
093450-01-55-2016-2-00131-219-0046169-31

T. ELEITOR

NÃO INFORMADO

CTPS / SÉRIE / UF

NÃO INFORMADO

MIS / PMS / PASEP

NÃO INFORMADO

IDENTIDADE PROFISSIONAL

NÃO INFORMADO

CERT. MILITAR

NÃO INFORMADO

CNI

NÃO INFORMADO

CNS

NÃO INFORMADO

2 VIA

LUGAR CALÇADOS DAS NEVES
PARQUE TEL. 55833511

0257

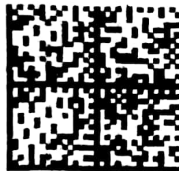


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



SEMPRE
ABBV

SECRETARIA ESPECIAL DO



CTCE CIDADE NOVA RJ PL21
DAYANA NUNES DE OLIVEIRA
R DR SERGIO AROUCA 0 CA 70 LT 14
CAMPO ALEGRE
26292-335 - NOVA IGUACU - RJ



AD: 38208613

0074286692 25513 00004008613 3 1 140223