

Funcional A

Núcleo: Nova Iguaçu  
(Município/Bairro)

FOTO 3X4

## FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Nome: Débora Beatriz de Souza Alves Nunes Nasc: 16/05/1987

RG: 2593763-2 CPF: 124091327-31 Whatsapp: (11) 98144-9286

Sexo: M ( ) F (X) Endereço: Rua Dr Sérgio Azevedo 108 Caravelas Cidade: Nova Iguaçu

Possui Deficiência? Se sim, Qual? Não

Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? Não

Tamanho do uniforme: (X) P ( ) M ( ) G ( ) GG Como conheceu o projeto? Pelo whatsapp

Contato de emergência 1: Nome João Parentesco Marcos Whatsapp: (11) 96512-1931

Contato de emergência 2: Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Whatsapp: ( ) \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Débora Beatriz de S. A. Nunes, 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.

Débora Beatriz de S. A. Nunes  
Assinatura do aluno

01/05/2023  
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 (X) Não
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física? ( ) Sim (X) Não
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? ( ) Sim (X) Não
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? ( ) Sim (X) Não
5. Você possui algum problema ósseo/articular que pode ser piorado pela atividade física? ( ) Sim (X) Não
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração ou diabetes? ( ) Sim (X) Não
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? ( ) Sim (X) Não
- 3) Esta gestante no ato da matrícula? ( ) Sim (X) 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 sento 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: Debara Bortiz de Souza Alves Neves
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

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

01/03/2023

Debara Bortiz de Souza Alves Neves  
Assinatura

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **21.593.763-2** DATA DE EXPEDIÇÃO **07/05/2018**

NOME **DEBORA BEATRIZ DE SOUZA ALVES NEVES**

FILIAÇÃO **DELMO SOARES ALVES**

**SCHIRLENE DA CONCEIÇÃO GOMES DE SOUZA**

NATURALIDADE **NILÓPOLIS/RJ** DATA DE NASCIMENTO **16/05/1987**

DOC. ORIGEM **C. CASM LIV 00017BA FLS 272 TERM 0005972**

**NILÓPOLIS RJ**

CPF **124.091.327-31** Via **2**

**001**

0254


LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO


SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

CENTRO DE REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0254

Polegar Direito



*Debora B. de S. Alves Neves*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Terça-feira, 12 de Janeiro de 2023  
Residencial

Tipo de Fornecimento  
Monofásico

**JOAO PAULO DA SILVA RIBEIRO NUNES**  
R DR SERGIO AROUCA 1 BL B CA 56  
LT 8  
CAMPO ALEGRE / NOVA IGUACU, RJ  
CEP 26292-335  
CPF 116.961.247-43  
Conta Contrato: 10087900431

CARGO DE MEDIÇÃO
0420876865
CÓDIGO DO CLIENTE
31660408

Leitura anterior	Leitura atual	Nº de dias	Próxima Leitura
29/12/2022	27/01/2023	29	27/02/2023



**NOTA FISCAL Nº 5109514 - CÓDIGO 01 / DATA DE EMISSÃO: 27/01/2023**  
 Emitida pelo Cliente do Serviço 0000  
 Valor total a pagar através do aplicativo  
 Valor do imposto  
 Códigos de barras  
 Informações de segurança  
 Referência de segurança

REF. MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2023	07/02/2023	R\$ 286,55

Itens da fatura  
 Energia Elétrica kWh  
 Contrib I lum Pública Municipal  
 TOTAL

Unid	Quant	Preço unit (R\$)	Valor (R\$)
kWh	276	0,96732	266,91
			19,64

Preço Unid (R\$)	Base Calc (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)	Taxa (%)	Taxa unit (R\$)
10,87	266,91	16,000	42,89	0,75411	44,49
10,87	266,91				44,49

Tributo	Base de Calc (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PISTOFISP	266,91	5,00%	13,34
CSLIPIS	266,91	4,50%	12,01

CONSUMO / kWh	
PERÍODO (MÊS) E ATIVIDADE	MP (kWh) e AT
JAN/23	276
DEZ/22	254
NOV/22	97
OUT/22	82
SETE/22	66
AGO/22	90
JUL/22	54
JUN/22	67
MAR/22	66
FEV/22	60
JAN/22	66
DEZ/21	81
NOV/21	80

Medidor	Gravidade	Pontos Normais	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
ME200	Energia kWh	Tarifa Comercial	5.427	5.703	1	276

Reservado ao Fisco

**PAGUE ESTA FATURA VIA PIX**

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO DO CLIENTE
07/02/2023	*****286,55	31660408
<b>JAN/2023</b>		

Comprovante de Pagamento

Autenticação Mecânica

