

Núcleo: Para Ignacy
(Município/Bairro)

01/01/2024

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

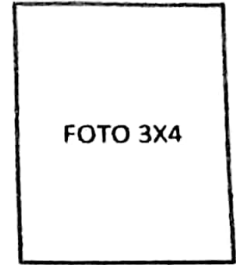


Aluno: J. L. AN. DE SOUZA ALVES Nasc: 31/10/1991*
RG: 27.128.600.7 CPF: 019.164.517.64 Whatsapp: (21) 9953.74112/99541.0157
Sexo: M () F (X) Endereço: Rua Dr Sergio Arantes Cidade: Para Ignacy
Possui Deficiência? Se sim, Qual? _____
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? _____
Uniforme Tamanho: XP () M () G () GG Como Conheceu o projeto? Redes Sociais
Contato de emergência 1: Nome JANESSA Parentesco IRMÃ Whatsapp: (21) 98733.5122
Contato de emergência 2: Nome TALITA Parentesco FILHA Whatsapp: (21) 96474.8860

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Dança A

Núcleo: Nova Iguaçu
(Município/Bairro)



FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Lucineide Pereira da Silva Nasc: 28/07/1974
RG: 10.205.236-2 CPF: 036.322.547-10 Whatsapp: (21) 982767802
Sexo: M () F () Endereço: Albert Sabin J 14123 Cidade: Nova Iguaçu
Possui Deficiência? Se sim, Qual? /
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? /
Uniforme Tamanho: () P () M () G () GG Como Conheceu o projeto? _____
Contato de emergência 1: Nome Elizangela Parentesco amiga Whatsapp: (21) 97836-9595
Contato de emergência 2: Nome Felipe Parentesco Filho Whatsapp: (21) 978387479

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Lucineide Pereira da Silva acima assinado, 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 minha participação minha, por qualquer motivo.

Lucineide P da Silva
Assinatura do aluno

24/02/23
Data da assinatura

Para a ficha de inscrição:
- cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- atestado médico para prática de atividades esportivas ou PARQ preenchido;
- 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 diabete? () Sim () Não
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? () Sim (X) Não
- 8) 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 Isento a Associação Beneficente Bem Viver, bem como todos diretamente envolvidos no desenvolvimento 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: Laurineide P da Silva
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

27/02/2023

Laurineide P da Silva
Assinatura

VAÍDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.531.30-2

28/07/17

Nome: **LUCINEIDE PEREIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO: **ANTÔNIO RODRIGUES DA SILVA**

Nome: **JOSINA PEREIRA DA SILVA**

NACIONALIDADE: **PATAÍBA**

FECH. (PRINT): **C. CASM LIV. 11-B FLS 256 TERN 3596**

NOVA IGUAÇU

036-353-17-78

0411



LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

6496

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE



0000 408 0195

FANTASIA
43374

AGUÁRIO DO RIO 4 - SRL. L.P.
CNPJ: 07.648.278/0001-00

I. B. 188

ROFF - ZC/0
Hen. ZAL. GIBBER 114. 614

DATA	REFERENCIA	EMISSAO	VIA	VENCIMENTO
402780771-4	07/2022	13/07/2022	91	25/09/2022

MUNICÍPIO: JUAZU SOCIAI

LUCCINEIDE PEREIRA DA SILVA

FUNÇÃO: CONTRATADO

RUA DR ALBERT SABIN - 23 - Cep: 26292334

COMPLEMENTO	SUJEITO A	EMPRESA	RESPONSABILIDADE
JD 17	CORTE A	CAMPO ALEGRE	Y21S768509
NOVA IGUAÇU	PARTE A	CONTRATO	948428
	DE		
	09/10/2022		

CPF/CPF2	DATA DA IMPRESSAO	RES	CVM	IND	PAG
03632254710	13/07/2022	1	0	0	0

ANTERIOR	DATA DA LETURA ANTERIOR	PREV. PROX. LETURA	TIPO DE PAGAMENTO
16	11/06/2022	13/07/2022	17/08/2022
16	22	13/07/2022	NORMAL

DEF	LD	VIGENCIA	SITUACAO	QUANTO	PARADO	NATURACAO	MEC	Nº DE DIAS
06/2022	15	20.26	ABERTO	6	15	8	32	
05/2022	15	20.26	ABERTO	ESPECIFICACAO DO PAGAMENTO				
04/2022	15	20.26	ABERTO					
03/2022	15	20.26	PAGA					

VALOR	VALOR	VALOR
20.26	8.00	11.00
20.26	8.00	11.00
TOTAL VALOR ADIC	1.15	

INFORMACOES SOBRE CONTAS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
25/09/2022	20.26	20.26

DESCRIÇÃO	PREZ DE CORTIL	ALICUTR	IMPACTO
PIS	20.26	1.650%	0.33
COFINS	20.26	7.600%	1.53

ESPECIFICACAO DOS EXTRAS:



PAGUE COM PIX

AGUÁRIO DO RIO INFORMA: O IMPEDIMENTO DA REALIZACAO DA LETURA POR 3 MESES CONSECUTIVOS ESTA SUJEITO A APLICACAO DE MULTAS. FAVOR PERMITIR ACESSO AO HIBRIDOMETRO.

QUANTO/AU - COM APORTE: VAP 5 - TOTAL DE ANALISES 495 - FORMA DO PAGAMENTO 1

AGENCIAS: R. ATHILDE PINA DE MORAIS 225

MUNICÍPIO: NOVA IGUAÇU	INFORMACOES SOBRE A QUANTIDADE DE AGUA		
MES REF.: 06/2022	VMP		
PARAMETROS	UNIDADE	Total de	Fora de
		Amalises	Padro
COLIFORMES TOTAIS	NMP/100ml	Ausência	495
ESCHERICHA COLI	NMP/100ml	Ausência	495
BACTERIAS HETEROTROFICAS	UFC	500	4
TURBIDEZ	NTU	5	-
CLORO RESIDUAL	mg/l	2	495
pH		6 a 9,5	495
FLUOR	mg/l	0,8 a 1	0

VALOR CLIENTE

1. B. 188	ZWZWT13092224	FANTASIA	43374
		TOTAL A PAGAR (R\$)	20.26

