

Núcleo:

Nova Iguaçu
(Município/Bairro)

Dança B

FOTO 30

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: LILIAN DE SOUZA NUNES Nasc: 31/07/19

RG: 27.128.600.7 CPF: 019.164.517.64 Whatsapp: (21) 99753.74112/9

Sexo: M () F (x) Endereço: Rua Dr Sergio Arcauco Cidade: Nova Iguaçu

Possui Deficiência? Se sim, Qual? _____

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

Uniforme Tamanho: X/P () M () G () GG Como Conheceu o projeto? Rodas Sociais

Contato de emergência 1: Nome VANESSA Parentesco IRMÃ Whatsapp: (21) 98733

Contato de emergência 2: Nome TALITA Parentesco FILHA Whatsapp: (21) 96472

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Lilian de Souza Nunes assinado, solicito inscrição no Projeto Transformando Vidas, declaro ter recebido o uniforme e autorizo a utilizar minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, em fotos e filmagens decorrentes de minha participação no projeto.

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

Lilian de S. Nunes
Assinatura do aluno

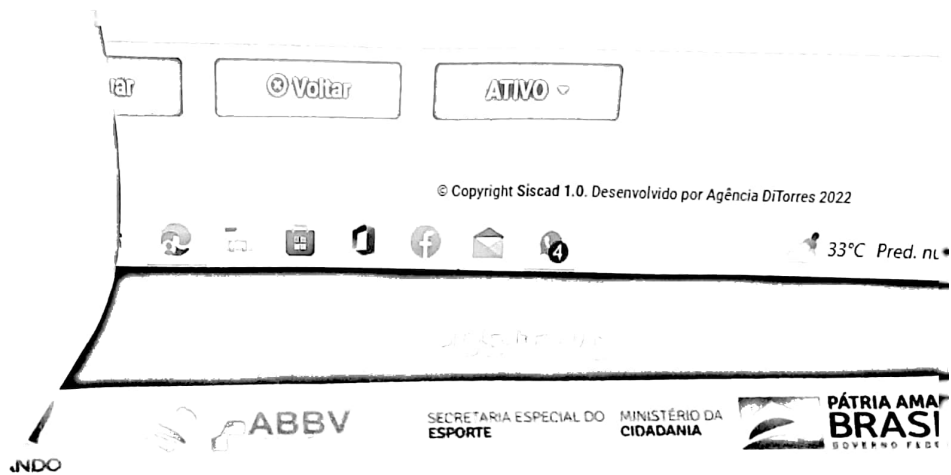
08/03/2023
Data da assinatura

Para 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 em 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
- 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 médico para participação em atividades físicas.

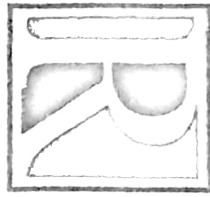
Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação. Sou isento a Associação Beneficente Bem Viver, bem como todos diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades oferecidas e praticadas por mim, de toda e qualquer responsabilidade por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

- Nome do(a) participante: Pauliano do Souza Nunes
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

08 / 03 / 2023

Pauliano do Souza Nunes
Assinatura



RODRIGUES
ASSESSORIA EM CONDOMÍNIOS

**EXCELÊNCIA EM
ADMINISTRAÇÃO
DE CONDOMÍNIOS**

OBJETIVO ATIVAR

Vencimento: 15/01/2023

LILIAN DE SOUZA NUNES

0132 / 0461

RUA DR SERGIO AROUCA, JD 6/CASA 51

CAMPO ALEGRE

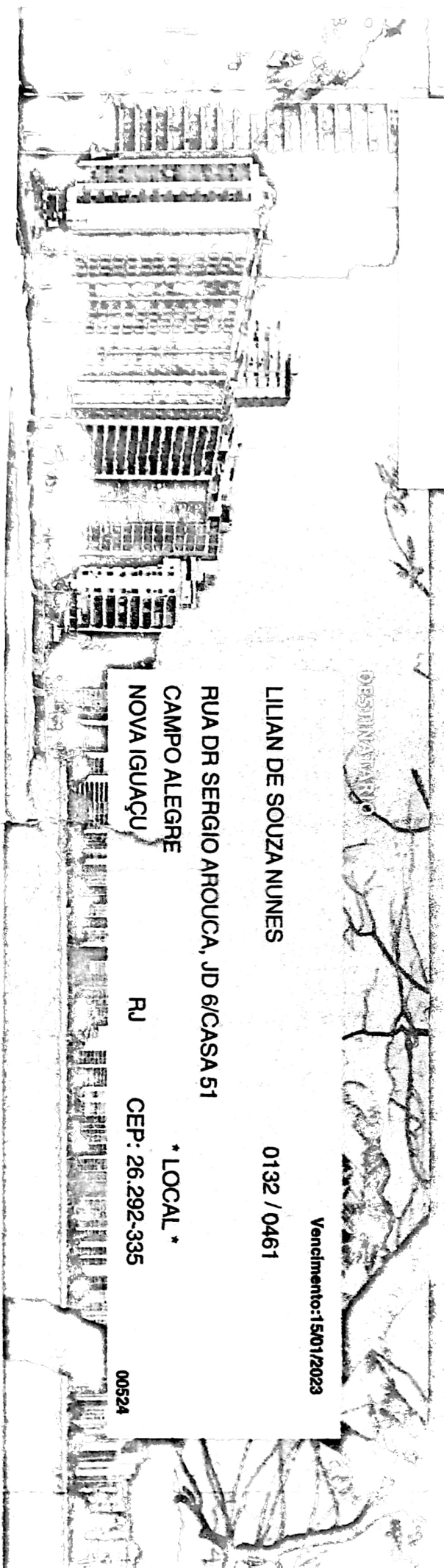
* LOCAL *

NOVA IGUAÇU

RJ

CEP: 26.292-335

00524



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

NOME
LILIAN DE SOUZA NUNES

FILIAÇÃO
JOSÉ SANTANA NUNES

MARIA DA CONCEIÇÃO XAVIER DE SOUZA

DATA NASC.
31/07/1971

NACIONALIDADE
BROTAS DE
MACAUBAS/BA

OBSERVAÇÃO
NÃO HÁ


PAIS DE ORIGEM
BRASIL

XXXX

Liliane de Souza Nunes
Assessoria de Identificação

PROBADO PLASTIFICADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE



LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 019.164.517-64 DNI 000000000000000000 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/02/2023

REGISTRO DEBAL 27.128.600-7

REGISTRO CIVIL
C.CASM LIV 000408 FLS 145 TERM 0012057
NILÓPOLIS RJ

POLEGAR DIREITO

T. ELEITOR
NÃO INFORMADO
CIP 1451 R07 / UF RJ

NIS / PIS / PAS / P
NÃO INFORMADO
IDENTIDADE PROFISSIONAL
NÃO INFORMADO

CERT. MILITAR
NÃO INFORMADO

CNH
NÃO INFORMADO

CNS
704109272026780

2 VIA

ADOLPHO KENDER
ADOLPHO KENDER MENDES CARVALHO FILHO
PRESIDENTE DO DETRAN RJ
ID: 5014108-2 0553

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

