Relatório de atividades
Projeto Saúde na Linha dos Olhos
Medida compensatória | 2025

Tabela de atividades 4
1. Relatório de aulas 5
1.1. Lista de Presença 6
1.2. Planejamento aulas 11
2. Ações intergeracionais, saúde, educação, comunidade 17
2.1. Ações realizadas 18
2.1.1. Ação 01 19
2.1.2. Ação 02 21
2.1.3. Ação 03 23
2.1.4. Ação 04 25
2.1.5. Ação 05 27
2.1.6. Ação 06 29
2.1.7. Ação 07 31
2.1.8. Ação 08 33
2.1.9. Ação 09 35
2.1.10. Ação 10 37
2.1.11. Ação 11 39
2.1.12. Ação 12 41
2.13. Ação extra 43
3. Relatório fotográfico 45
3.1. Divulgação do projeto para agentes comunitários– 14/02/2025 46
3.2. Bailinho de Boas-Vindas e Visita na horta – 25/02/25 47
3.3. Grupo A – Aula 01 – 14/03/25 50
3.4. Grupo B - Aula 01 – 28/03/25 52
3.5. Grupo A – Aula 02 – 11/04/25 54
3.6. Grupo B - Aula 02 – 25/04/25 56
3.7. Grupo A - Aula 03 – 09/05/25 58
3.8. Grupo B - Aula 03 – 23/05/25 60
3.9. Grupo A - Aula 04 – 06/06/25 62
3.10. Grupo B - Aula 04 – 27/06/25 64
3.11. Grupo A - Aula 05 – 11/07/25 66
3.12. Grupo B - Aula 05 – 18/07/25 67

3.13. Grupo A e B - Aula 06 – 15/08/25 69
3.14. Grupo A e B - Aula 07 – 22/08/25 71
3.15. Grupo A e B - Aula 08 – 12/09/25 73
3.16. Grupo A e B – Aula 09 – 19/09/25 75
3.17. Grupo A e B – Aula 10 – 26/09/25 77
4. Relatório Marketing 79
4.1. Dados do marketing 80
4.2. Artes executadas com texto de postagem 91
5. Relação de inscritos 103
5.1. Inscrições site 104
5.2. Inscrições presencial 119
6. Termo Voluntários 174
7. Diagnóstico final 184
8. Materiais complementares 241
8.1. Guia Prático de Plantio 242
8.2. Guia Prático de Composteiras Domésticas 245
8.3. Plantas Companheiras e Plantas Antagônicas 249
8.4. Receitas PANCS 252
8.5. Manual de proteção da horta 266
8.6. Prevenção a quedas e riscos 271
9. Relatório Financeiro 301

Tabela de atividades

Medidas Compensatórias		
Metas	**Observação**	**Item**
1. Realizar 40% dos atendimentos com o público prioritário descrito no Objetivo Específico n. 1	Cumprida integralmente	Itens 1, 2 e 5 (p. 5, 17, 105)
2. Promover 5 ações intergeracionais;	Foram executadas 06 ações.	Item 3 (p. 51)
3. Desenvolver 5 ações com a comunidade	Foram executadas 12 ações.	Item 3 (p. 51)
4. Realizar 1 diagnóstico final com os dados coletados	Cumprido integralmente.	Item 7 (p. 187)
5. Desenvolver 5 ações de saúde, educação, entre outras, de forma diferenciadas.	Foram executadas 12 ações.	Item 3 (p. 51)
6. Executar o Projeto no espaço de cultivo de orgânicos construído no Parque Diamante +Energia.	Cumprido integralmente	Item 2 (p. 17)
7.Proporcionar o contato com a terra e a produção de hortaliças, temperos e ervas medicinais através de 2 encontros mensais.	Cumprido integralmente.	Itens 1 e 2 (p. 5, 17)
8. Trabalhar por meio de 10 oficinas práticas e teóricas o resgate de sabedorias e conhecimentos tradicionais das propriedades das plantas medicinais. Especificação das Oficinas abaixo.	Cumprido integralmente 14 oficinas - Grupos A e B.	Itens 1 e 2 (p. 5, 17)
9. Promover a autonomia, autoestima e autoconceito das **50 pessoas idosas** envolvidas no Projeto.	Cumprido integralmente.	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)
10. Estimular a participação de **50 idosos** no desenvolvimento de atividades culturais, para que despertem interesse em participar do plantio e da futura colheita dos orgânicos, hortaliças e ervas medicinais.	Cumprido integralmente - 03 eventos	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)
11. Estimular os aspectos cognitivos dos **50 idosos** envolvidos.	Cumprido integralmente.	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)
12. Fornecer os orgânicos, hortaliças e ervas medicinais que serão utilizadas para plantio e cultivo	Cumprido integralmente.	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)
13. Viabilizar a participação, ocupação e convívio de **50 idosos** que proporcione sua integração com seus filhos, netos, bisnetos, parceiros, amigos, dentre outros	Cumprido integralmente.	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)
14. Permitir um espaço de socialização, como será a horta horizontal e vertical, que já foi construído no Parque Diamante +Energia.	Cumprido integralmente.	Itens 1, 2 e 3 (p. 5, 17, 51)

1. Relatório de aulas

1.1. Lista de Presença

Lista de Presença – Grupo A

Oficina: Saúde na Linha dos Olhos **Turma/Horário:** Grupo A -14:00 horas
Professor: Denise Faccin **Mês/Ano: 2025**

Nome do aluno		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
		14/03	11/04	09/05	06/06	04/07	15/08	22/08
1	Alcila Leandro Oliveira	-	-	-	-	-	-	-
2	ANGELA MARIA CLEMENTE	P	F	P	P	P	P	P
3	Antônia da Silva Pacheco	P	P	P	P	P	P	F
4	Antônio Garcia de Jesus	-	-	-	-	-	-	-
5	Carmem lucia	P	P	X	X	X	X	X
6	Celia de Araujo Botelho	-	-	-	-	-	-	-
7	Celoni Laurindo Gonçalves	-	-	-	-	-	-	-
8	Detinha	-	-	-	-	-	-	-
9	Dilu da Silva Heck	-	-	-	-	-	-	-
10	Dirce Domingos	P	F	P	P	F	F	P
11	Doraci de souza Guimarães	P	P	P	P	P	P	P
12	Edite	P	P	F	P	P	P	P
13	Eliete Vieira	P	P	P	F	P	JUS	JUS
14	Elisiane de Patta Rodel	P	P	-	-	-	-	-
15	Felícia de Souza Silvano	P	P	-	-	P	F	F
16	Giovani Vitorio Preve	-	-	-	-	-	-	-
17	Ireni Borba Fernandes	-	-	-	-	-	-	-
18	Joao fernandes vargas	P	P	P	P	P	P	F
19	Jose Procopio Botelho	-	-	-	-	-	-	-
20	Josefina Calegari cardoso	-	-	-	-	-	-	-
21	Joselito João Borba	-	-	-	-	-	-	-
22	Leopoldina Espindola Teixeira	P	P	P	-	-	-	-
23	Luci Custódio Tomé	-	-	-	-	-	P	F
24	Luisa Maffei	P	P	P	P	P	P	P
25	Luiz da rocha correa	-	-	-	-	-	-	-
26	Luiza Silva	P	P	P	P	P	F	F
27	Mara Aparecida da Silva Vargas	-	-	-	-	-	-	-
28	Marcia Miki Dias	-	-	-	-	-	-	-
29	Maria Alice Florzino Flor	P	P	F	P	P	P	P

30	Maria Cecília Kuerten de Sá	P	P	P	P	P	P	P
31	Maria das Graças Martins Cittadin	P	P	-	P	P	JUS	P
32	Maria Izabel Correa Martins terres	P	-	-	-	-	-	-
33	Maria Izabel Soares Deodato	-	P	P	P	-	P	JUS
34	Maria José da Silva	P	P	P	-	-	-	P
35	Maria Martins Vargas	P	P	P	P	P	P	F
36	Maria Moraes Silva	-	-	-	-	-	-	-
37	Maria Teresinha Silva de Jesus	-	-	-	-	-	-	-
38	Marlene Brandão Antunes Aquino	-	-	-	-	-	-	-
39	Nelita Nascimento	-	-	-	-	-	-	-
40	Nilda Ignácio		P	P	P	P	P	P
41	Olinda Ferreira Medeiros	-	-	-	-	-	-	-
42	Maria da Gloria Oliveira Zapelini	-	-	-	-	-	-	-
43	Rosane Marcos Corrêa	F	P	F	P	P	F	F
44	Rozenete Borges Damian	P	P	P	P	P	F	P
45	Rozenir Maria Borges	P	P	P	P	P	F	P
46	Rozete de Fátima Jeremias Urbano	-	-	-	-	-	-	-
47	Santina	-	-	-	-	-	-	-
48	Severo Batista Eich	P	P	P	P	P	F	P
49	Sônia flor Borges	-	-	-	-	-	-	-
50	Teresa Goulart	P	P	P	P	P	F	P
51	Vanda de souza paes	-	-	-	-	-	-	-
52	Vera Meneses Mendes	-	-	-	-	-	-	-
53	Zaida Terezinha Flor	-	-	-	-	-	-	-
54	Maria das Dores de Oliveira	P	-	-	-	-	-	-
55	Norma Florindo Pacheco	P	P	P	-	-	-	-
56	Francisca de Souza Florizino	P	P	-	-	-	-	-
57	Francisca Machado	P	-	-	-	-	-	-
58	Maria Gorete Bernardo	P	-	-	-	-	-	-
59	Catarina Machado	P	-	-	-	-	-	-
60	Maria das Dores Brasílico	P	P	P	P	P	P	P
61	Maria Bittencourt	-	-	P	-	-	-	-

OBS.1: Participaram ativamente como voluntários o Sr. Leonir (Epagri) e a psicóloga Samira, Sr Valcir e nutricioninsta Aline.

OBS.2: O Guia Prático de Plantio foi entregue diretamente para a coordenação do projeto.

OBS.3: Foram entregues as camisetas e as lembrancinhas do projeto para os alunos.

Lista de Presença – Grupo B

Oficina: Saúde na Linha dos Olhos **Turma/Horário:** Grupo B – 14h
Professor: Denise Faccin **Mês/Ano: 2025**

Nome do aluno		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
		28/03	25/04	23/05	27/06	18/07	15/08	22/08
1	Adriana Barbosa	-	-	-	-	-	-	-
2	Arlete Pinter	-	-	-	-	-	-	-
3	Aurelio Jose Martins	-	-	-	-	-	-	-
4	Catarina Machado Branco	-	-	-	-	-	-	-
5	Catarina Sirlei Martins	-	-	-	-	-	-	-
6	Clarinda Simão Pereira	P	P	P	P	P	F	P
7	Dilma V Barcelos	-	-	-	-	-	-	-
8	Edsonete Medeiros Martins	P	-	-	-	-	-	-
9	Elisabete B Mendes	P	F	P	P	P	P	P
10	Felia Marcos Viana	-	-	-	-	-	-	-
11	Francisca Machado Honorato	-	-	-	-	-	-	-
12	Francisca Souza Florzinho	-	-	-	P	P	P	P
13	Iloir Taciano	-	-	-	-	-	-	-
14	Inacio Feliciano	P	-	-	-	-	-	-
15	Inocência Mattos Fernandes	P	P	P	JUS	P	P	P
16	Jadi	-	-	-	-	-	-	-
17	João Batista Cardoso	P	P	P	JUS	P	P	P
18	Joao Feliciano							
19	Jucelia Constantino Vieira	P	P	P	P	P	P	F
20	Julia Joaquim	-	-	-	-	-	-	-
21	Leonir Bento De Souza	P	P	P	F	P	F	P
22	Manoel Rogério C. Corrêa	P	P	P	JUS	P	F	P
23	Maria Aparecida Marcelino	P	-	-	-	-	-	-
24	Maria Aparecida Rodrigues Lima	-	-	-	-	-	-	-

25	Maria Cardoso Goulart	-	-	-	P	P	P	F
26	Maria Da Graça Francisco Ribeiro	P	P	P	F	P	F	F
27	Maria De Fatima Domingos	-	P	P	JUS			
28	Maria Gorete Bernado	GRUPO A	-	P	P	P	F	F
29	Maria Lucia	-	-	-	-	-	-	-
30	Maria Madalena V Barcelos	P	P	P	JUS	F	F	P
31	Maria Moraes Silva	-	-	-	-	-	-	-
32	Maria Salete Rosa	P	P	P	P	P	P	P
33	Maria Teresinha Ribeiro Francisco	P	P	P	P	F	P	P
34	Marilia Leandro	P	F	P	P	P	JUS	-
35	Marizete Maria Do Nascimento	-	-	-	-	-	-	-
36	Marlene Marcia Da Silva	-	-	-	-	-	-	-
37	Marli Sachett	-	-	-	-	-	-	-
38	Norma Bento Pereira	F	P	P	P	F	F	P
39	Norma F Pacheco	-	-	-	-	-	-	-
40	Paulina Antunes Ferreira	-	-	-	-	-	-	-
41	Rita De Cássia Francisco Freitas	P	P	F	P	P	P	P
42	Rosa Feliciano	-	-	-	-	-	-	-
43	Sirlei Barcelos Corrêa	P	P	P	JUS	P	F	P
44	Sônia Bittencurt	-	-	-	-	-	-	-
45	Tania ReginaSaldanha Do Amaral	P	-	-	-	-	-	-
46	Teresinha De Bem Schneider.	-	-	-	-	-	-	-
47	Terezinha Maria Cardoso	-	P	P	-	-	-	-
48	Rogério Barcelos	P	P	P	JUS	P	F	F
49	Valmira Da Silva Constatino	P	P	P	P	F	F	F
50	Vanda De Souza Paes	-	-	-	-	-	-	-
51	Pedro Aguiar Fernandes	P	P	P	JUS	P	P	F
52	Jurema Doraci Machado	P	-	-	-	-	-	-

Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo
Realização
PARQUE DIAMANTE
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

53	Eliane Pereira Anacleto	P	P	P	P	P	F	P
54	Sonia Flor Borges	P	P	P	JUS	P	P	F
55	Maria Aparecida Goulart	P	-	P	-	-	-	-
56	Zaida Terezinha Flor Fidelis	P	-	P	-	-	-	-
57	Itamar Borges	P	-	P	P	-	P	F
58	Francisca Florzino	-	P	P	P	P	P	F
59	Rosangela Maria Cardoso	-	P	P	P	P	F	F
60	Cleusa Terezinha Francisco Machado	F	P	P	P	P	P	P
61	Maria Da Gloria Zapelini	F	P	P	P	P	F	P
62	Marlene Inácio Da Silva	F	P	-	-	-	P	P
63	Valdete Vettorette	-	-	P	P	P	-	F
64	Luiza Cardoso Porto (Grupo A)	-	-	-	-	P	P	P
65	Teresinha Maria Santos Bittencourt	-	-	-	P	-	P	P

1.2. Planejamento aulas

GRUPO A

Oficina: Saúde na Linha dos Olhos **Turma/Horário:** Grupo A - 14:00 horas
Professor: Denise Faccin **Mês/Ano:** 2025

Aula	Conteúdo	Forma de Avaliação
14/03	**Agricultura Urbana Sustentável e Hortas Medicinais:** * Apresentação do projeto, da professora, dos voluntários e dos alunos; * Roda de conversa sobre o conhecimento sobre agricultura e ervas medicinais; * Planejamento dos canteiros da horta; * Explicação sobre plantas companheiras e benefícios de plantar com diversidade; * Explicação sobre importância do preparo dos canteiro, cobertura de solo; * Entrega do guia prático de plantio; * Tarefa de casa: os alunos levaram mudas para começar uma horta em casa, foi pedido para que fotografassem as suas hortas e eventuais problemas para estudarmos os casos.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Participação na preparação dos canteiros e no plantio das hortaliças e chás; * Participação via grupo do whatsapp no envio de fotos e relatos sobre suas hortas ou dificuldades que têm no plantio.
11/04	**Gerenciamento de resíduos sólidos e orgânicos em ambientes urbanos:** * Roda de conversa sobre coleta seletiva, ou a falta dela no município; * Sensibilização sobre separação de resíduos; * Interação como fazem hoje a separação dos resíduos em casa; * Incentivo para fazerem compostagem de maneira correta; * Explicação para construção de composteiras domésticvas; * Tipos de compostagens; * Tipos de resíduos; * Importância das minhocas na decomposição; * Confecção em sala de aula de uma composteira doméstica em baldes. * Tarefa de casa: foi incentivado que os alunos separassem corretamente os diferentes tipos de resíduos, e que construíssem sua própria composteira doméstica em baldes. Extra: foram colhidas as primeiras verduras, temperos e chás, para que os alunos levassem para casa e compartilhassem com familiares.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; *Participação dos alunos na confecção das composteiras em baldes em sala de aula; * Participação no plantio, raleamento das mudas, podas, tutoramento, colheita de alimentos e manutenção da horta.
09/05	**Agroecologia, Biodiversidade e Plantas Companheiras:** Explicação dos três conceitos abordados; * Roda de conversa sobre agricultura atual; * Importância da biodiversidade na teoria e na prática; * Plantas companheiras e plantas antagônicas na teoria e na prática, mostrando resultados na interação na horta. Foi entregue guia de plantas companheiras e antagônicas para auxiliar na escolha de plantas para hortas em casa. Na parte prática, recebemos a visita e teve interação com alunos da APAE, provamos temperos e chás, colhemos produtos da horta, transplantamos as plantas de pepino para vasos na parte externa da horta.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Interação com alunos da APAE na aula prática; * Participação na colheita de produtos da horta e replantio de algumas mudas, tutoramento de plantas, limpeza de plantas espontâneas dos canteiros, adubação com chorume diluído.

06/06	**PANCs:** Importância ecológica das PANCs, Identificação das plantas, Fala da psicóloga sobre saúde mental e desenvolvimento cognitivo no cuidado com plantas, nutrientes e benefícios das PANCS na saúde. Roda de conversa sobre importância da diversidade de plantas e de nutrientes na alimentação. Explicação de algumas receitas. Foi feita uma receita de caldo com algumas PANCS, clomo cará-moela, beldroega, ora- pro-nóbis, urucum. Alé disso todos degustaram cará-moela cozido e algumas flores comestíveis.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Participação na degustação; * Cuidados e manutenção da horta.
11/07	**Identificação de doenças e pragas e Controle alternativo:** Importância do controle alternativo das doenças e pragas, conversa sobre evitar o uso de químicos nocivos à saude. Foram apresentados os sinais e sintomas de doenças em plantas, diferenciando entre doenças causadas por fungos, bactérias, e ataques de pragas como ácaros, formigas, conchonilhas, pulgões, besouros, etc. Foi ensinado sobre opções de controle alternativo usando produtos naturais para produção de agentes que controlem/reduzam/evitem doenças, evitam ou controlam pragas.	* Participação dos alunos durante a aula teórica; * Participação na aula prática, manutenção da horta, limpeza dos canteiros, identificação das pragas e doenças *in loco*.
15/08	**Prevenção de acidentes domésticos e primeiros socorros.** Palestra com Corpo de Bombeiros de Capivari de Baixo. Manutenção e colheita dos alimentos da horta. Como ação intergeracional, recebemos os alunos da APAE Capivari.	* Interação dos alunos durante a palestra, momento de tirar as dúvidas. * Participação dos alunos na manutenção da horta, cuidados com canteiros, rega e adubação das plantas, além da colheita do que estava disponível. Interação com alunos da APAE.
22/08	**Os diferentes tipos de agricultura.** Aula com voluntário Leonir, da Epagri, que abordou conceitos, exemplos e comparações entre agricultura orgânica, convencional, hidroponia e agrofloresta. Como ação intergeracional, recebemos a visita de 18 alunos do CEACA e duas professoras, que acompanharam e interagiram nas aulas teórica e prática.	* Participação dos alunos na aula interativa teórica, interação dos alunos com crianças do CEACA. Quiz de perguntas e respostas sobre os tipos de agricultura. *Participação dos alunos na manutenção da horta e interação com alunos do CEACA, troca de experiências sobre receitas e plantas da horta.
12/09	Festa da Colheita: momento de integração intergeracional em que os idosos dos dois grupos trouxeram seus familiares e amigos para apresentar a horta, colher os alimentos e ervas que ainda estavam disponíveis e contar um pouco sobre como foi o projeto. Os idosos receberam	Participação dos alunos nas atividades.

	de presente uma bolsa, ecobag, com o logo do projeto. Tivemos o Bailinho de encerramento, no qual foi servido lanche coletivo, teve a presença de músicos e membros da secretaria da assistência social e da terceira idade.	
19/09	Passeio para as Termas do Gravatal: Saímos do parque ambiental em torno das 10 da manhã, em dois ônibus, com aproximadamente 80 idosos e membros do conselho do idoso. Chegamos em Gravatal e fomos recepcionados no parque aquático Aquativos. Recebemos almoço e lanche coletivo à tarde, retornando aos parque em torno das 17:00hs. Participaram os idosos que mantiveram pelo menos 80% da frequência nas aulas do projeto.	Participação dos alunos nas atividades.
26/09	Cerimônia de encerramento do projeto: estavam presentes, além dos alunos, professora e voluntários, várias autoridades do município, como secretários, prefeito, membros do conselho do idoso e representantes do parque Diamante +Energia. Foram entregues lembrancinhas de agradecimento aos voluntarios e professora, pela participação no projeto. Palestra com Tiago Rocha: o biólogo e escritor de livro sobre curas pela natureza, abordou tema de grande importância para a saúde e bem estar dos idosos. Teve lanche coletivo ao final da palestra.	Participação dos alunos nas atividades.

GRUPO B

Oficina: Saúde na Linha dos Olhos **Turma/Horário:** Grupo A - 14:00 horas
Professor: Denise Faccin **Mês/Ano:** 2025

Aula	Conteúdo	Forma de Avaliação
28/03	**Agricultura Urbana Sustentável e Hortas Medicinais:** * Apresentação do projeto, da professora, dos voluntários e dos alunos; * Roda de conversa sobre o conhecimento sobre agricultura e ervas medicinais; * Planejamento dos canteiros da horta; * Explicação sobre plantas companheiras e benefícios de plantar com diversidade; * Explicação sobre importância do preparo dos canteiro, cobertura de solo; * Entrega do guia prático de plantio; * Tarefa de casa: os alunos levaram mudas para começar uma horta em casa, foi pedido para que fotografassem as suas hortas e eventuais problemas para estudarmos os casos.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Participação na preparação dos canteiros e no plantio das hortaliças e chás; * Participação via grupo do whatsapp no envio de fotos e relatos sobre suas hortas ou dificuldades que têm no plantio.
25/04	**Gerenciamento de resíduos sólidos e orgânicos em ambientes urbanos:** * Roda de conversa sobre coleta seletiva, ou a falta dela no município; * Sensibilização sobre separação de resíduos; * Interação como fazem hoje a separação dos resíduos em casa; * Incentivo para fazerem compostagem de maneira correta; * Explicação para construção de composteiras domésticvas; * Tipos de compostagens; * Tipos de resíduos; * Importância das minhocas na decomposição; * Confecção em sala de aula de uma composteira doméstica em baldes. * Tarefa de casa: foi incentivado que os alunos separassem corretamente os diferentes tipos de resíduos, e que construíssem sua própria composteira doméstica em baldes. Extra: foram colhidas as primeiras verduras, temperos e chás, para que os alunos levassem para casa e compartilhassem com familiares.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; *Participação dos alunos na confecção das composteiras em baldes em sala de aula; * Participação no plantio, raleamento das mudas, podas, tutoramento, colheita de alimentos e manutenção da horta.
23/05	**Agroecologia, Biodiversidade e Plantas Companheiras:** Explicação dos três conceitos abordados; * Roda de conversa sobre agricultura atual; * Importância da biodiversidade na teoria e na prática; * Plantas companheiras e plantas antagônicas na teoria e na prática, mostrando resultados na interação na horta. Foi entregue guia de plantas companheiras e antagônicas para auxiliar na escolha de plantas para hortas em casa. Na parte prática, recebemos a visita e teve interação com alunos do teatro, provamos temperos e chás, colhemos produtos da horta como tomates, pimentas, alfaces, temperos e chás.	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Interação com alunos do teatro na aula prática; * Participação na colheita de produtos da horta e replantio de algumas mudas, tutoramento de plantas, limpeza de plantas espontâneas dos canteiros, adubação com chorume diluído.
27/06	**PANCs:** Importância ecológica das PANCs, Identificação das plantas, Fala da psicóloga sobre saúde mental e desenvolvimento cognitivo no cuidado com plantas,	* Participação e interação dos alunos na aula teórica; * Participação na degustação;

	nutrientes e benefícios das PANCS na saúde. Roda de conversa sobre importância da diversidade de plantas e de nutrientes na alimentação. Explicação de algumas receitas. Foi feita uma receita de caldo com algumas PANCS, clomo cará-moela, beldroega, ora-pro-nóbis, urucum. Alé disso todos degustaram cará-moela cozido e algumas flores comestíveis.	Cuidados e manutenção da horta.
18/07	**Identificação de doenças e pragas e Controle alternativo:** Importância do controle alternativo das doenças e pragas, conversa sobre evitar o uso de químicos nocivos à saude. Foram apresentados os sinais e sintomas de doenças em plantas, diferenciando entre doenças causadas por fungos, bactérias, e ataques de pragas como ácaros, formigas, conchonilhas, pulgões, besouros, etc. Foi ensinado sobre opções de controle alternativo usando produtos naturais para produção de agentes que controlem/reduzam/evitem doenças, evitam ou controlam pragas.	* Participação dos alunos durante a aula teórica; * Participação na aula prática, manutenção da horta, limpeza dos canteiros, identificação das pragas e doenças *in loco*.
15/08	**Prevenção de acidentes domésticos e primeiros socorros.** Palestra com Corpo de Bombeiros de Capivari de Baixo. Manutenção e colheita dos alimentos da horta. Como ação intergeracional, recebemos os alunos da APAE Capivari.	* Interação dos alunos durante a palestra, momento de tirar as dúvidas. * Participação dos alunos na manutenção da horta, cuidados com canteiros, rega e adubação das plantas, além da colheita do que estava disponível. Interação com alunos da APAE.
22/08	**Os diferentes tipos de agricultura.** Aula com voluntário Leonir, da Epagri, que abordou conceitos, exemplos e comparações entre agricultura orgânica, convencional, hidroponia e agrofloresta. Como ação	* Participação dos alunos na aula interativa teórica, interação dos alunos com crianças do CEACA. Quiz de perguntas e respostas sobre os tipos de
12/09	Festa da Colheita: momento de integração intergeracional em que os idosos dos dois grupos trouxeram seus familiares e amigos para apresentar a horta, colher os alimentos e ervas que ainda estavam disponíveis e contar um pouco sobre como foi o projeto. Os idosos receberam de presente uma bolsa, ecobag, com o logo do projeto. Tivemos o Bailinho de encerramento, no qual foi servido lanche coletivo, teve a presença de músicos e membros da secretaria da assistência social e da terceira idade.	Participação dos alunos nas atividades.
19/09	Passeio para as Termas do Gravatal: Saímos do parque ambiental em torno das 10 da manhã, em dois ônibus, com aproximadamente 80 idosos e membros do conselho do idoso. Chegamos em Gravatal e fomos recepcionados no parque aquático Aquativos. Recebemos almoço e lanche	Participação dos alunos nas atividades.

	coletivo à tarde, retornando aos parque em torno das 17:00hs. Participaram os idosos que mantiveram pelo menos 80% da frequência nas aulas do projeto.	
26/09	Cerimônia de encerramento do projeto: estavam presentes, além dos alunos, professora e voluntários, várias autoridades do município, como secretários, prefeito, membros do conselho do idoso e representantes do parque Diamante +Energia. Foram entregues lembrancinhas de agradecimento aos voluntarios e professora, pela participação no projeto. Palestra com Tiago Rocha: o biólogo e escritor de livro sobre curas pela natureza, abordou tema de grande importância para a saúde e bem estar dos idosos. Teve lanche coletivo ao final da palestra.	Participação dos alunos nas atividades.

2. Ações intergeracionais, saúde, educação, comunidade.

2.1. Ações realizadas

Tipo	Ações	Total ações
Ações intergeracionais	Ação 4, Ação 5, Ação 7, Ação 9, Ação 10, Ação 11	06 ações
Ações de saúde, educação, entre outras.	Ação 1, Ação 2, Ação 3, Ação 4, Ação 5, Ação 6, Ação 7, Ação 8, Ação 9, Ação 10, Ação 11, Ação 12	12 ações
Ações com a comunidade	Ação 1, Ação 2, Ação 3, Ação 4, Ação 5, Ação 6, Ação 7, Ação 8, Ação 9, Ação 10, Ação 11, Ação 12	12 ações

2.1.1. Ação 01

Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade

No dia 25 de fevereiro de 2025, organizamos um baile especial aberto à comunidade, com o objetivo de promover saúde, diversão e intercâmbio de sabedoria entre os participantes. Recebemos a visita de alguns idosos do Abrigo dos Velhinhos, o que tornou o momento ainda mais especial.
Este evento foi muito mais do que uma simples festa; foi uma oportunidade valiosa para fortalecer laços intergeracionais e fomentar a inclusão. A interação entre os idosos e os jovens não só contribuiu para o bem-estar físico e emocional de todos, mas também enriqueceu a experiência de vida de cada um, permitindo a troca de conhecimentos e vivências significativas.
Além do baile, também visitamos o espaço da horta, onde acontecem as aulas, reforçando a importância do contato com a natureza e da aprendizagem em diferentes ambientes.
Assim, o encontro se tornou um momento marcante de aprendizado mútuo e celebração da diversidade.











2.1.2. Ação 02

Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 14 de março de 2025, realizamos uma ação intersetorial com foco nas áreas de saúde, educação e bem-estar com o Grupo A. A atividade contou com atendimentos e orientações voltadas à promoção da saúde física e emocional da comunidade, integrando práticas convencionais e complementares.
A atividade contou com abordagens diferenciadas como a aromaterapia e o uso de óleos essenciais, proporcionando aos participantes momentos de relaxamento, autocuidado e conscientização sobre práticas naturais de promoção da saúde.
Também foram promovidas rodas de conversa e escuta ativa com profissionais de diferentes áreas, fortalecendo os vínculos comunitários e incentivando o cuidado integral e humanizado.
Essa iniciativa reafirma o compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar por meio de práticas integradas e acessíveis.











2.1.3. Ação 03

Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 28 de março de 2025, realizamos uma ação intersetorial com foco nas áreas de saúde, educação e bem-estar com o Grupo B. A atividade contou com atendimentos e orientações voltadas à promoção da saúde física e emocional da comunidade, integrando práticas convencionais e complementares.
A atividade contou com abordagens diferenciadas como a aromaterapia e o uso de óleos essenciais, proporcionando aos participantes momentos de relaxamento, autocuidado e conscientização sobre práticas naturais de promoção da saúde.
Também foram promovidas rodas de conversa e escuta ativa com profissionais de diferentes áreas, fortalecendo os vínculos comunitários e incentivando o cuidado integral e humanizado.
Essa iniciativa reafirma o compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar por meio de práticas integradas e acessíveis.







2.1.4. Ação 04

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 09 de maio de 2025, realizamos uma aula prática com os alunos da APAE, tivemos a alegria de receber uma visita muito especial que proporcionou um momento de troca e interação entre todos. Durante a atividade, pudemos provar temperos e chás, colher produtos frescos da horta e ainda participar do transplante das mudas de pepino para vasos, que agora ocupam a parte externa da horta.








Hosted
Organized


DIAMANTE
APAE

2.1.5. Ação 05

Ação de saúde e educação; Ação de intergeracional, Ação com a comunidade.

No dia 23 de maio de 2025, tivemos a participação dos alunos da Oficina de Teatro do Parque Diamante +Energia em uma atividade prática especial.
Durante a vivência, recebemos a visita dos alunos de teatro, que interagiram com o grupo em diferentes momentos da aula. Tivemos a oportunidade de provar temperos e chás, além de colher produtos da horta, como tomates, pimentas, alfaces, temperos e ervas aromáticas.
A atividade também contou com o replantio de algumas mudas, tutoramento de plantas, limpeza de plantas espontâneas nos canteiros e a adubação com chorume diluído. Foi um encontro enriquecedor, marcado pela troca de experiências e pela integração entre arte, natureza e aprendizado coletivo.











2.1.6. Ação 06

Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 15 de agosto de 2025, tivemos a realização de uma palestra com o Corpo de Bombeiros, que trouxe orientações importantes sobre a prevenção de quedas e fraturas em idosos. Durante o encontro, foram apresentadas medidas práticas de segurança para o dia a dia, como cuidados dentro de casa, atenção ao uso de calçados adequados, adaptações nos ambientes e formas corretas de se locomover para evitar acidentes.

Os idosos do grupo participaram ativamente, interagiram bastante com os bombeiros, compartilharam experiências pessoais e aproveitaram a oportunidade para tirar dúvidas e receber orientações individualizadas. Além disso, a palestra reforçou a importância da prevenção como forma de garantir mais qualidade de vida, autonomia e bem-estar para a terceira idade.








IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



2.1.7. Ação 07

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 15 de agosto de 2025, recebemos os alunos da APAE de Capivari para uma tarde de convivência e aprendizado na horta. Juntos, realizamos a manutenção dos canteiros, a rega e a adubação das plantas, além de colher os alimentos disponíveis. A atividade foi marcada por muita troca, cooperação e alegria, fortalecendo os laços entre os participantes e promovendo uma bonita interação entre as gerações.











2.1.8. Ação 08

Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 22 de agosto de 2025, tivemos uma palestra sobre “Os diferentes tipos de Agricultura” com uma aula interativa, conduzida pelo voluntário Leonir, da Epagri. Durante o encontro, os alunos aprenderam sobre agricultura orgânica, convencional, hidroponia e agrofloresta, participando ativamente de um divertido quiz de perguntas e respostas.





2.1.9. Ação 09

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 22 de agosto de 2025, tivemos a alegria de receber 18 alunos do CEACA e duas professoras para uma visita muito especial. Eles participaram ativamente das atividades teóricas e práticas, explorando a horta, trocando experiências e aprendendo de forma conjunta com os demais alunos. O encontro foi marcado por muita interação, curiosidade e integração entre as gerações, tornando o dia ainda mais significativo e cheio de aprendizado.













2.1.10. Ação 10

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 12 de setembro de 2025, realizamos o Festival da Colheita com os idosos da horta. Foi um momento especial em que eles puderam trazer familiares e amigos para conhecer a horta, participar da colheita e mostrar tudo o que foi cultivado ao longo do projeto. Em seguida, celebramos o encerramento do projeto com um animado bailinho, que contou com lanche, música e muita dança, tornando o dia ainda mais alegre e inesquecível.











2.1.11. Ação 11

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 19 de setembro de 2025 realizamos um passeio às Termas do Gravatal, no parque aquático. Os idosos puderam aproveitar a piscina, o gramado e momentos de lazer, além de receberem almoço e café da tarde. A atividade também proporcionou oportunidades de interação de forma tranquila e agradável.











2.1.12. Ação 12

Ação intergeracional; Ação de saúde e educação; Ação com a comunidade.

No dia 26 de setembro 2025, recebemos o biólogo, cientista e nutricionista Tiago Rocha para uma palestra sobre saúde e qualidade de vida. Conhecido por sua linguagem acessível e baseada em pesquisas científicas, Tiago compartilhou informações sobre os alimentos mais benéficos para o corpo e a mente, mostrando como escolhas simples no dia a dia podem promover uma saúde mais prática e duradoura. Foi uma oportunidade valiosa de aprendizado e reflexão para todos os presentes.






CÂNCER
ENERGIA
CIRCULAÇÃO
Químico alemão
Maior pesquisador sobre
Aloe vera do mundo.
Michael Peuser


Sala
bemvindos!

2.13. Ação extra

Entrega de camisetas e ecobag.

No dia 26 de setembro 2025, Como forma de valorização e fortalecimento do sentimento de pertencimento ao projeto, realizamos a entrega de **camisetas e ecobags personalizadas** com a logo do projeto a todos os idosos participantes. A ação teve como objetivo promover a identificação visual do grupo, incentivar práticas sustentáveis e reforçar o vínculo entre os participantes e as atividades desenvolvidas. O momento da entrega foi marcado por alegria, integração e demonstrações de carinho, contribuindo para o clima de acolhimento e união que o projeto busca promover.










Saúde
DIAMANTE
PARQUE DIAMANTE


DIAMANTE
PARQUE DIAMANTE



3. Relatório fotográfico

3.1. Divulgação do projeto para agentes comunitários– 14/02/2025





3.2. Bailinho de Boas-Vindas e Visita na horta – 25/02/25










DIAMANTE









3.3. Grupo A – Aula 01 – 14/03/25













3.4. Grupo B - Aula 01 – 28/03/25















3.5. Grupo A – Aula 02 – 11/04/25














Horta
Orgânica

3.6. Grupo B - Aula 02 – 25/04/25













3.7. Grupo A - Aula 03 – 09/05/25













3.8. Grupo B - Aula 03 – 23/05/25













3.9. Grupo A - Aula 04 – 06/06/25













3.10. Grupo B - Aula 04 – 27/06/25













3.11. Grupo A - Aula 05 – 11/07/25







3.12. Grupo B - Aula 05 – 18/07/25



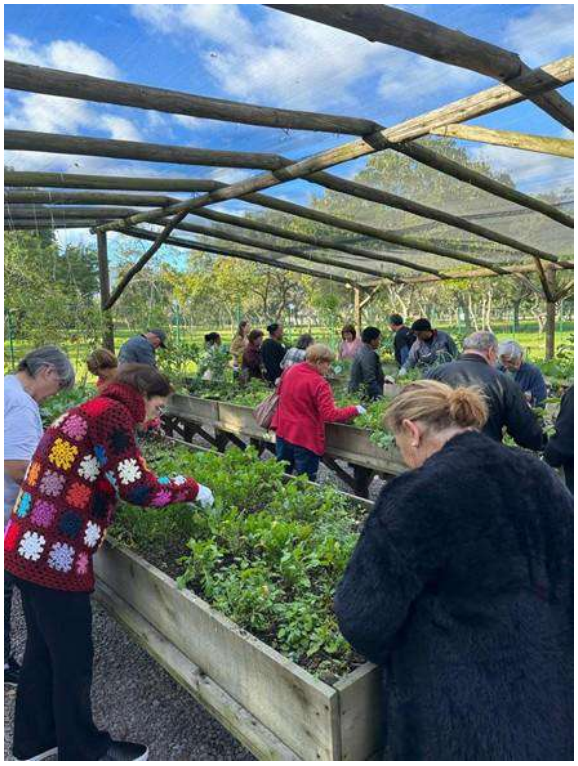












3.13. Grupo A e B - Aula 06 – 15/08/25













3.14. Grupo A e B - Aula 07 – 22/08/25










Horta
Orgânica

3.15. Grupo A e B - Aula 08 – 12/09/25













3.16. Grupo A e B – Aula 09 – 19/09/25













3.17. Grupo A e B – Aula 10 – 26/09/25








CÂNCER
CIRCULAÇÃO
Químico alemão
Maior pesquisador sobre
Aloe vera do mundo.





4. Relatório Marketing

4.1. Dados do marketing

ATIVIDADES	QUANTIDADE EXECUTADA
REELS, VIDEO	2
POSTADO FEED	9
ARTE FEED	13
ARTE STORY	6
ARTE - BANNER, FLYER, CAPA	9
ID VISUAL	2




// 26.SET
SEXTA 14H //
Palestra com Tiago Rocha
Biólogo, Nutricionista e Cientista
Os Melhores alimentos do mundo e os seus benefícios
Exclusivo para alunos do Saúde na Linha dos olhos
Saúde na linha dos olhos


Exclusivo para alunos do Saúde na Linha dos olhos
// 29.SET
SEG 14H //
Palestra com Tiago Rocha
Biólogo, Nutricionista e Cientista
Os Melhores alimentos do mundo e os seus benefícios
Saúde na linha dos olhos


Saúde na linha dos olhos
CRONOGRAMA
15 AGO
14h - Palestra com Corpo de Bombeiros e manutenção da horta com alunos
22 AGO
14h - Aula com Leonir e manutenção da horta com alunos
12 SET
14h - Festival da Colheita e Bailinho
19 SET
10h - Passeio para termas
26 SET
14h - Palestra com biólogo e cientista Tiago Rocha
Patrocínio
Realização
Apoio


Saúde na linha dos olhos
CRONOGRAMA
15 AGO
14h - Palestra com Corpo de Bombeiros e manutenção da horta com alunos
22 AGO
14h - Aula com Leonir e manutenção da horta com alunos
12 SET
14h - Festival da Colheita e Bailinho
19 SET
10h - Passeio para termas
26 SET
14h - Palestra com biólogo e cientista Tiago Rocha
Patrocínio
Realização
Apoio


Saúde na linha dos olhos
TURMA A
14 MAR
Agricultura urbana sustentável e benefícios das hortas medicinais
11 ABR
Gerenciamento de resíduos sólidos e orgânicos em ambientes urbanos
09 MAI
Promoção da produção alimentar saudável
06 JUN
Introdução às plantas alimentícias não convencionais (PANCs)
04 JUL
Cuidados essenciais e manejo de hortas
01 AGO
Palestra com biólogo e cientista Tiago Rocha sobre o livro "Curas Extraordinárias: Os melhores tratamentos naturais do mundo"
15 AGO
Dia da colheita e baile de encerramento


Saúde na linha dos olhos
TURMA B
28 MAR
Agricultura urbana sustentável e benefícios das hortas medicinais
25 ABR
Gerenciamento de resíduos sólidos e orgânicos em ambientes urbanos
23 MAI
Promoção da produção alimentar saudável
20 JUN
Introdução às plantas alimentícias não convencionais (PANCs)
18 JUL
Cuidados essenciais e manejo de hortas
08 AGO
Palestra com biólogo e cientista Tiago Rocha sobre o livro "Curas Extraordinárias: Os melhores tratamentos naturais do mundo"
15 AGO
Dia da colheita e baile de encerramento


PARQUE
DIAMANTE


Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
Inscrições abertas
Início: Março de 2025 | Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravatal.
Inscrições até 27 de fevereiro.


Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
Inscrições abertas
Início: Março de 2025 | Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravatal.
Inscrições até 27 de fevereiro.
Patrocínio
Realização
Apoio


Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
Inscrições abertas
Início: Março de 2025 | Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravatal.
Inscrições até 27 de fevereiro.

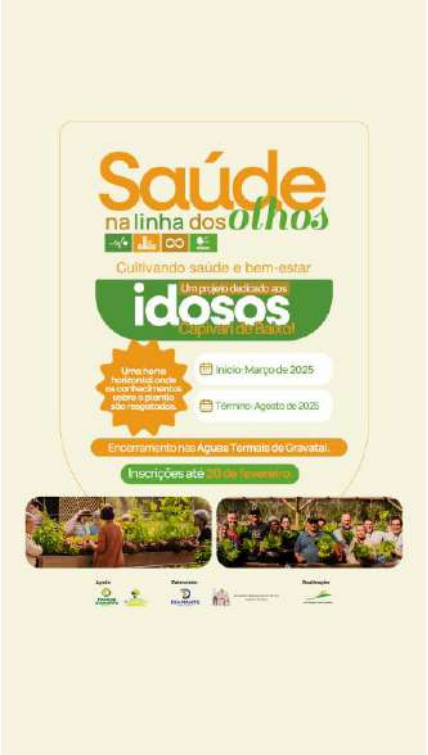

Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
Apoio
Patrocínio
Realização


Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar


As inscrições estão encerradas!
Mas você ainda pode entrar na lista de espera.
Não perca essa oportunidade!


As inscrições estão encerradas!
Mas você ainda pode entrar na lista de espera.
Não perca essa oportunidade!


Saúde na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
Um projeto dedicado aos idosos
Capivari de Baixo!
Uma horta horizontal onde os conhecimentos sobre o plantio são resgatados.
Início: Março de 2025
Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravataí.
Inscrições até 20 de fevereiro.


Saúde na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar
idosos
Capivari de Baixo!
Início: Março de 2025
Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravataí.


Saúde
na linha dos olhos
Uma horta horizontal onde os conhecimentos sobre o plantio são resgatados.
Início: Março de 2025
Término: Agosto de 2025
Encerramento nas Águas Termais de Gravatal.
Inscrições até 20 de fevereiro.
Cultivando saúde e bem-estar
Um projeto dedicado aos
idosos
Capivari de Baixo!
Apoio
Patrocínio
Realização


Saúde
na linha dos olhos
Cultivando saúde e bem-estar!
Um projeto dedicado aos idosos de Capivari de Baixo!
Uma horta horizontal onde os conhecimentos sobre o plantio são resgatados.
Passe para o lado para mais informações


Início:
Março de 2025
Término:
Agosto de 2025
Inscrições até 20 de fevereiro, no link da bio.
O objetivo do projeto é promover saúde física e emocional para os idosos da cidade de Capivari de Baixo.


Contaremos com:
Lanche
Atividades culturais diversificadas
Visita à usina para conhecer o processo do horto florestal
Encerramento nas águas termais de Gravatal


Benefícios da Horta para a Saúde
Exercício físico regular
Redução do estresse
Estímulo cognitivo


Plante saúde, colha bem-estar!


| SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS |
Durante os encontros, os participantes puderam aprender sobre:
Alimentação saudável
Plantio e cuidado com hortas
Sustentabilidade no dia a dia
Troca de saberes e convivência


| SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS |
Agradecemos a todos
os apoiadores e voluntários
que fazem o projeto
Saúde na linha dos olhos
acontecer!


| SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS |
Esse projeto promove
saúde, bem-estar e conexão
com a natureza
Seguimos juntos
plantando saberes e
colhendo boas histórias

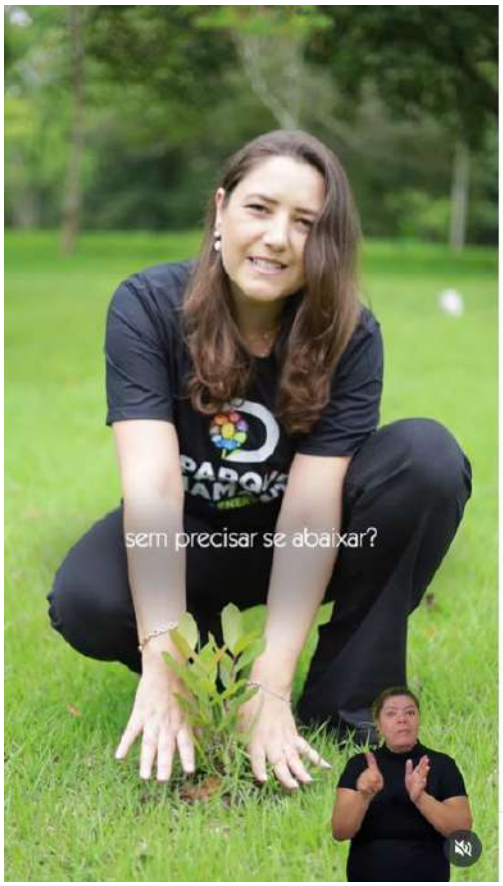

Saúde na linha dos olhos
Cultivando
saúde e bem-estar!
Um projeto dedicado aos idosos
de Capivari de Baixo!
Uma horta horizontal onde os conhecimentos
sobre o plantio são resgatados.


Saúde na linha dos olhos
Festival da
Colheita
e Bailinho
Convide filhos e
netos para descobrir
a horta dos idosos
12.SET 14H


Saúde na linha dos olhos
Festival da
Colheita
e Bailinho
Convide filhos e netos para descobrir a horta dos idosos
12.SET 14H
Patrocínio
Realização
Apoio


Palestra com
Tiago Rocha
Biólogo, Nutricionista e Cientista
Os Melhores alimentos do mundo e os seus benefícios
Saúde na linha dos olhos
// 26.SET
SEXTA 14H //
Exclusivo para alunos do Saúde na Linha dos olhos
Patrocínio
Realização
Apoio

4.2. Artes executadas com texto de postagem



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Já pensou em cultivar sua própria horta sem precisar se abaixar?

O projeto Saúde na Linha dos Olhos é uma iniciativa do Parque Diamante +Energia especialmente para os idosos de Capivari de Baixo - SC.

Além de facilitar o plantio, vamos resgatar o conhecimento sobre o cultivo e ter aulas práticas cheias de aprendizado.

Nesse projeto teremos ações culturais que tornam a interação ainda mais especial!

E para finalizar, os participantes mais assíduos ganharão uma viagem para as Águas Termais de Gravatal!
Se você tem mais de 60 anos, não perca essa oportunidade! Se inscreva através do link que está na bio do nosso Instagram, até dia 20 de fevereiro.

O início é em março de 2025 e o término em agosto de 2025!

#PraTodosVerem: vídeo de uma bióloga explicando como

Curtido por **mnteiroteca** e **outras pessoas**
19 de dezembro de 2024

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia Um programa voltado para os idosos de Capivari de Baixo!

Saúde na Linha dos Olhos tem o objetivo de cultivar a saúde e o bem-estar.

Iremos confeccionar uma horta horizontal onde os conhecimentos sobre o plantio serão resgatados!

Início: Março de 2025 - Término: Agosto de 2025

O encerramento será nas Águas Termais de Gravatal!

Aproveite e se inscreva, até dia 20 de fevereiro!

#PraTodosVerem: tons de verde e bege com o título "Saúde na Linha dos Olhos" em destaque. A imagem apresenta um grupo de idosos segurando hortaliças frescas em uma horta horizontal. O projeto é dedicado aos idosos de Capivari de Baixo, com o objetivo de resgatar conhecimentos sobre o plantio e promover saúde e bem-estar. O texto convida a deslizar para o lado para mais informações.
35 sem

reciclaamurel
35 sem Responder

Ver insights Turbinar post

Curtido por **programadiamante_ea** e **outras 46 pessoas**
27 de dezembro de 2024

Adicione um comentário... Postar


avô ou a sua avó
parquediamanteenergia
Áudio original
parquediamanteenergia O Projeto Saúde na Linha dos Olhos é uma iniciativa do Parque Diamante +Energia voltada especialmente para os idosos de Capivari de Baixo - SC!
Com hortas elevadas, o plantio se torna mais fácil e confortável, além de ser uma oportunidade incrível para reconectar com a terra e adquirir novos conhecimentos em aulas práticas.
E não para por aí: teremos atividades culturais para deixar a experiência ainda mais enriquecedora e, como incentivo, os participantes mais assíduos ganharão uma viagem incrível para as Águas Termais de Gravatal!
Inscrições abertas até o dia 20 de fevereiro, pelo link na bio. O projeto acontece de março a agosto de 2025!
Se você tem mais de 60 anos, não fique de fora dessa oportunidade!
#PraTodosVerem: vídeo de uma bióloga apresentando o projeto Saúde na Linha dos Olhos no Parque Diamante +Energia.
40 sem
Curtido por cdafna e outras pessoas
3 de janeiro
Adicione um comentário...
Postar


parquediamanteenergia
parquediamanteenergia Um #TBT do último Saúde na Linha dos Olhos que realizamos aqui no Parque!
Um projeto que tem como objetivo melhorar o estilo de vida dos idosos de Capivari de Baixo, aproximando o público do plantio, trazendo conhecimentos sobre a área, e proporcionando a integração geracional!
A nova edição acontecerá em março desse ano e as inscrições já estão abertas, garanta a sua vaga através do link na bio!
Teremos aulas interativas, como aromaterapia, yoga, flexibilidade, conhecimentos transversais e no final, os alunos assíduos, ganharão um passeio para as águas termais de Gravatal.
Contamos com o apoio e o engajamento de toda a comunidade!
#PraTodosVerem: em um ambiente ao ar livre, um grupo de pessoas está reunido ao redor de uma horta comunitária em um momento de colheita. No centro da imagem, uma senhora mais velha coloca pés de alface em um saco plástico enquanto um senhor ao lado entrega mais alfaces para ela. Outras pessoas ao
Curtido por vinicius.pilger e outras pessoas
9 de janeiro
Adicione um comentário...
Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia A horta traz diversos benefícios para a saúde! Confira alguns deles:

Exercício físico regular: cultivar uma horta é uma atividade que envolve uma variedade de tarefas físicas, proporcionando uma forma eficaz de exercício físico regular. Desde preparar o solo e semear as sementes até regar, sachar, cuidar e colher os vegetais, cada etapa do processo de cultivo requer esforço físico e movimento.

Redução do estresse: a horta pode ser um refúgio tranquilo e terapêutico que ajuda a reduzir significativamente os níveis de estresse e ansiedade. O contacto com a terra faz toda a diferença.

Estímulo cognitivo: o cultivo de uma horta envolve a identificação e resolução de vários desafios e problemas. Desde lidar com pragas até otimizar as condições de crescimento das plantas, sendo um constante desafio de encontrar soluções criativas e eficazes para os problemas que surgem ao longo do processo.

#PraTodosVerem: A imagem apresenta informações sobre os benefícios da horta para a saúde, destacando pontos como o exercício físico regular, a redução do estresse e o estímulo cognitivo. Ela traz uma fotografia de pessoas interagindo em uma horta, enfatizando a conexão com a natureza e as

Ver insights | Turbinar post

Curtido por programadiamante_ea e outras 19 pessoas
15 de janeiro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia As inscrições já estão abertas, garanta sua vaga!

O projeto visa aproximar o público idoso de hortaliças, conhecimentos, plantio e a integração geracional.

Saúde na Linha dos Olhos terá início em março e o seu término será em agosto.

As inscrições são até dia 27 de fevereiro!

Teremos aulas interativas, como aromaterapia, yoga, flexibilidade, conhecimentos transversais e no final, os alunos assíduos, ganharão um passeio para as águas termais de Gravatal.

Contamos com o apoio e o engajamento de toda a comunidade!

#PraTodosVerem: fundo bege e elementos em verde e laranja. No topo, está o título "Saúde na linha dos olhos", com a palavra "Saúde" em laranja e "olhos" em verde, seguida do subtítulo "Cultivando saúde e bem-estar". Abaixo, há uma faixa verde com o texto "Inscrições abertas" em branco. No centro, uma foto mostra pessoas interagindo em um espaço ao ar livre, cuidando de plantas, remetendo a um ambiente comunitário e saudável. Logo abaixo, informações sobre o programa: "Início: Março de 2025 | Término: Agosto de 2025" e "Encerramento nas Águas

Ver insights | Turbinar post

Curtido por helopedroso e outras 27 pessoas
24 de janeiro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia #TBT Saúde na Linha dos Olhos ✨

Que experiência incrível foi o nosso último projeto! 💚
Momentos de aprendizado e conexão, tudo em meio ao contato com a natureza e hábitos mais saudáveis.

E a boa notícia? Em março de 2025, teremos uma nova edição! 🎉 Com atividades interativas como aromaterapia, yoga, flexibilidade e muito mais. Ah, e para os alunos assíduos, um passeio especial para as águas termais de Gravatal!

As inscrições já estão abertas! Garanta a sua vaga pelo link na bio. ⏳

#TBT #ProjetoComPropósito #AprendizadoParaAVida #BemEstar #ConexãoComANatureza

35 sem

claudio_.mineiro 🍋🍋🍋

35 sem 1 curtida Responder

Curtido por **giseledalsenter** e **outras pessoas**

6 de fevereiro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Veja como se inscrever no projeto Saúde na Linha dos Olhos, que começa no dia 14 de março! 🗓️

As inscrições vão até 27 de fevereiro, então garanta sua vaga e não fique de fora!

🌿 Um projeto especial para os idosos de Capivari de Baixo, promovendo saúde, bem-estar e qualidade de vida. O programa inclui horta horizontal, atividades culturais, promoção da saúde física e emocional, além de visitas especiais e um encerramento nas águas termais de Gravatal. 💚✨

#SaúdeNaLinhaDosOlhos #QualidadeDeVida #BemEstar #IdososAtivos #CapivariDeBaixo #HortaHorizontal #SaúdeEConexão

#PraTodosVerem: uma moça ajuda uma senhora a se inscrever no projeto Saúde na Linha dos Olhos que acontecerá a partir do dia 14 de março no Parque Diamante +Energia.

34 sem

jugpedroso 🍋🍋

Curtido por **jugpedroso** e **outras pessoas**

17 de fevereiro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia 🌱✨ Cultivar a terra é semear bem-estar!

No projeto Saúde na Linha dos Olhos, cada semente plantada vai além da horta – ela fortalece laços, resgata saberes e renova a saúde do corpo e da mente. 🌿💚

Aqui, os idosos de Capivari de Baixo encontram um espaço para aprender, compartilhar e colher os frutos de uma vida mais ativa e saudável. 🍅🌻

Quem mais acredita que cultivar a terra também cultiva a alma? 🌾🤲

#SaúdeNaLinhaDosOlhos #CultivarParaViver #HortaComPropósito #BemEstar

#PraTodosVerem: fundo claro e elementos gráficos em verde e laranja. No topo, a frase "Plante saúde, colha bem-estar!" está escrita em tons de laranja e verde. Abaixo, há três fotos dispostas levemente inclinadas, mostrando idosos participando de atividades em uma horta comunitária: na primeira imagem, um grupo manuseia a terra para o plantio; na segunda, os participantes estão sorrindo e cuidando das mudas; na terceira, uma mulher idosa rega os canteiros. Na parte inferior, há logotipos das entidades apoiadoras, patrocinadoras e realizadoras do projeto.

Ver insights | Turbinar post

Curtido por **programadiamante_ea** e **outras 15 pessoas**
19 de fevereiro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Transformando vidas no Parque! 🌿

No Projeto Saúde na Linha dos Olhos, cada história reflete o quanto o cuidado e a conexão fazem a diferença. ❤️✨

Dona Ângela, participante do projeto, compartilha como essa iniciativa trouxe mais saúde, alegria e aprendizado para sua vida. Confira o depoimento e inspire-se!

Se você conhece alguém que pode se beneficiar do projeto, marque aqui nos comentários! 👇

#SaúdeNaLinhaDosOlhos #BemEstar
#ParqueDiamanteMaisEnergia

#PraTodosVerem: Vídeo de uma senhora sorrindo enquanto fala sobre sua experiência no projeto.

33 sem

duartecardosomarilene 👏👏👏
33 sem 1 curtida Responder

Curtido por **cdafna** e **outras pessoas**
20 de fevereiro

Adicione um comentário... Postar


As inscrições estão encerradas!
Mas você ainda pode entrar na lista de espera.
Não perca essa oportunidade!
parquediamanteenergia
parquediamanteenergia 🌱 As inscrições para o projeto Saúde na Linha dos Olhos estão encerradas!
Mas ainda dá tempo de participar! Se você quer viver essa experiência transformadora, entre na nossa lista de espera e garanta a chance de fazer parte desse grupo especial.
📍 Atividades voltadas para o bem-estar, conexão com a natureza e muita troca de conhecimentos esperam por você!
🔗 Não perca essa oportunidade! Faça sua inscrição através do link na bio.
#SaúdeNaLinhaDosOlhos #BemEstar #QualidadeDeVida #IdososAtivos #ParqueDiamante
#PraTodosVerem: design com foto de um grupo de idosos em uma atividade de plantio. Eles estão ao redor de uma mesa de cultivo com terra, interagindo e observando. O fundo da imagem mostra uma construção de madeira e vegetação ao redor.
26 sem
Ver insights
Turbinar post
Curtido por programadiamante_ea e outras 25 pessoas
28 de fevereiro
Adicione um comentário...
Postar


parquediamanteenergia
Áudio original
parquediamanteenergia Nosso primeiro encontro do Saúde na Linha dos Olhos foi repleto de cuidado, bem-estar e troca de experiências! ✨
Um projeto especial para os idosos de Capivari de Baixo, com horta, atividades culturais e ações voltadas à promoção da saúde. 🌿
E isso é só o começo! 💚
A ação cultural gratuita é realizada por meio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia com patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei do Fundo Municipal do Idoso.
Editado · 20 sem
luizaescri Foi uma tarde maravilhosa 🌷🌷 Obrigada ,valeu 👍😘😻😘 até o próximo 👏👏👏👏👏
30 sem 2 curtidas Responder
Ver respostas (1)
Curtido por vinicius.pilger e outras pessoas
18 de março
Adicione um comentário...
Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia #TBT de uma aula especial do Projeto Saúde na Linha dos Olhos!

Foi um dia para respirar ar puro, aprender coisas novas e fortalecer laços com a natureza e com o grupo. 🌿✨

Cada momento vivido no Parque Diamante +Energia foi pensado com carinho para promover bem-estar, saúde e inclusão dos nossos idosos.

Agradecemos aos apoiadores: @epagri, @agropecuariatradicaoc, e @prefeituradecapivaridebaixo, a professora @denisefaccin, a secretária de assistência social @thayse_izidro @alessandra_francioni e as voluntárias @savolpato e @alineberti.nutri.

#SaúdeNaLinhaDosOlhos #EducaçãoAmbiental #QualidadeDeVida #ParqueDiamanteMaisEnergia #CapivariDeBaixo #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS

#PraTodosVerem: fotos de uma aula do Projeto Saúde na Linha dos Olhos realizada no Parque Diamante +Energia. As imagens mostram participantes em atividades ao ar livre, sorrindo,

Curtido por **jugpedroso** e **outras pessoas**

10 de abril

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia e denisefaccin

Áudio original

parquediamanteenergia Na aula de sexta-feira do projeto Saúde na Linha dos Olhos tivemos uma participação super especial dos nossos amigos da @apaecapivari!

Foi uma tarde para compartilharmos sobre o crescimento da nossa horta e aprender mais sobre as plantas companheiras e antagônicas. A instrutora do projeto, @denisefaccin ensinou à turma em sala e em seguida demonstrou como isso têm funcionado na horta orgânica do parque!

Obrigado turma, esse projeto têm sido muito especial! 💚

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS

A ação cultural gratuita é realizada por meio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia com patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei do Fundo Municipal do Idoso.

O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos

Curtido por **stheohlweiler** e **outras pessoas**

13 de maio

Adicione um comentário... Postar


| SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS |
Agradecemos a todos
os apoiadores e voluntários
que fazem o projeto
Saúde
na linha dos olhos
acontecer!


parquediamanteenergia
parquediamanteenergia Esse projeto promove saúde, bem-estar e conexão com a natureza
Uma iniciativa voltada especialmente para nossos idosos de Capivari de Baixo
Nada disso seria possível sem o apoio de pessoas e instituições que acreditam na transformação através da educação
Agradecemos com carinho aos nossos parceiros:
EPAGRI @epagri
Prefeitura de Capivari de Baixo @prefeituradecapivaridebaixo
Nutricionista Aline Berti @alineberti.nutri
Agropecuária Tradição @agropecuariatradicaoc
Nosso carinho especial para as voluntárias:
Samira Volpato @savolpato
Aline Berti @alineberti.nutri
Que doaram seu tempo e conhecimento com tanto amor!
Seguimos juntos plantando saberes e colhendo boas histórias
#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS
O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos
Ver insights
Turbinar post
Curtido por programadiamante_ea e outras 15 pessoas
23 de junho
Adicione um comentário...
Postar


PARQUE DIAMANTE
de saúde na linha dos olhos


parquediamanteenergia
Áudio original
parquediamanteenergia Um encontro cheio de sorrisos, afeto e cuidado com quem merece toda nossa atenção.
Nossos idosos viveram momentos de troca e bem-estar em meio à natureza.
#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS
A ação cultural gratuita é realizada por meio do Ministério da Cultura e conta com o apoio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia, e com o patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei Rouanet de Incentivo a Projetos Culturais.
O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos em todas as nossas iniciativas.
#ParaTodosVerem: idosos reunidos ao ar livre, sorrindo, ganhando camisetas da campanha, em um momento de convivência no parque.
Curtido por cdafna e outras pessoas
15 de agosto
Adicione um comentário...
Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Recebemos o cabo Anderson Gonçalves, do Corpo de Bombeiros de Capivari, para um bate-papo com os idosos do projeto Saúde na Linha dos Olhos. 🚒✨

O encontro trouxe orientações valiosas sobre prevenção de acidentes domésticos e práticas de primeiros socorros, reforçando cuidados essenciais para o dia a dia.

Um momento de aprendizado importante e cheio de significado para todos os participantes!

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS #SegurançaEmPrimeiroLugar #AprendizadoPraVida

O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos em todas as nossas iniciativas.

#ParaTodosVerem: imagens de vídeo da palestra com o cabo do Corpo de Bombeiros de Capivari conversando com os idosos no teatro, em um ambiente acolhedor e de aprendizado.

Editado · 7 sem

Curtido por **cdafna** e **outras pessoas**
26 de agosto

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia · Seguir

parquediamanteenergia 🌱 Vem aí o Festival da Colheita e Bailinho!

No dia 12 de setembro, às 14h, viveremos uma tarde especial para toda a família, com muita alegria e conexão entre gerações.

Convide filhos e netos para descobrirem a horta dos idosos e viverem momentos de aprendizado, música e confraternização.

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS

O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos em todas as nossas iniciativas.

#PraTodosVerem: Card em tons claros, com detalhes em verde e laranja. O título "Festival da Colheita e Bailinho" aparece em destaque no centro. O texto convida filhos e netos para descobrirem a horta dos idosos. A data "12.SET" e o horário "14H" estão em caixas verdes chamativas. Na parte de baixo, estão os logotipos dos realizadores, apoiadores e patrocinadores do evento.

Editado · 2 sem

claudio_.mineiro 👏👏👏👏
1 sem 1 curtida Responder

20 curtidas
8 de setembro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Uma horta, mesmo cheia de vida na terra, só floresce quando tem mãos e corações cuidando de cada folha e raiz.

Feliz é a horta orgânica do Parque, que recebeu tanto carinho dos participantes do projeto Saúde na Linha dos Olhos!

Na última sexta-feira, celebramos o Festival da Colheita, encerrando um ciclo anual que uniu aprendizados de botânica com a dedicação e as experiências dos nossos idosos.

Esse projeto foi financiado pelo Fundo Municipal do Idoso, reforçando a importância de iniciativas que promovem saúde, bem-estar e inclusão social.

E para comemorar, teve muita música e dança no Bailinho conduzido pelo @andrecowboycantor A turma estava animada e com o sentimento de dever cumprido!

A ação gratuita é realizada por meio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia com patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei do Fundo

Curtido por **jugpedroso** e **outras pessoas**
16 de setembro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia

parquediamanteenergia Os melhores alimentos do mundo e os seus benefícios!

Na sexta-feira, 26 de setembro, às 14h, o Parque Diamante +Energia recebe uma palestra imperdível com @palestrantetiagorocha_oficial biólogo, nutricionista, cientista e autor de best-sellers sobre saúde e alimentação.

Uma oportunidade para os alunos do programa Saúde na Linha dos Olhos e toda a comunidade aprenderem, de forma leve e prática, como a alimentação pode transformar a saúde e a vida.

Local: Parque Diamante +Energia – Capivari de Baixo

Dia 26/09 às 14h

Tiago Rocha já impactou milhões de pessoas pelo Brasil e agora vai compartilhar seus conhecimentos com a nossa comunidade!

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC#SomosODS

Curtido por **cdafna** e **outras pessoas**
18 de setembro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Áudio original

parquediamanteenergia Na última sexta-feira tivemos a ação mais esperada pelos participantes do Projeto Saúde na Linha dos Olhos: o passeio para as águas termais de Gravatal! 💦✨

Os ônibus disponibilizados pela Prefeitura de Capivari de Baixo levaram os idosos do projeto para um dia especial: almoço, uma tarde de descanso nas piscinas com águas termais e, para fechar com chave de ouro, um delicioso café da tarde. 🍇💚

A ação gratuita é realizada por meio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia com patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei do Fundo Municipal do Idoso.

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS #SaudeNaLinhaDosOlhos #FundoDoIdoso #Inclusao

O Parque Diamante +Energia está alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), compromisso que guiamos em todas as nossas iniciativas.

Curtido por **cdafna** e **outras pessoas**
26 de setembro

Adicione um comentário... Postar



parquediamanteenergia
Micheal Challen • Happy to be

parquediamanteenergia Na última sexta-feira tivemos a ação de encerramento do projeto Saúde na Linha dos Olhos!

Reunimos os participantes, autoridades do Parque Diamante +Energia, Prefeitura de Capivari de Baixo e Diamante Energia para celebrar e refletir sobre tudo o que foi vivido no programa de 2025.

E para fechar com chave de ouro, os idosos receberam a palestra do Tiago Rocha, que trouxe ensinamentos valiosos sobre tratamentos naturais. ⏳

Foi um momento de muita gratidão pelos aprendizados, pelas experiências compartilhadas e de expectativa para a próxima edição desse lindo projeto!

#ParqueDiamanteMaisEnergia #ODSSC #MovimentoODSSC #SomosODS #SaudeNaLinhaDosOlhos #Saude #BemEstar

A ação gratuita foi realizada por meio da Associação Jorge Lacerda, gestora do Parque Diamante +Energia com patrocínio da Diamante Geração de Energia, através da Lei do Fundo

Curtido por **cdafna** e **outras pessoas**
3 de outubro

Adicione um comentário... Postar

5. Relação de inscritos

5.1. Inscrições site

Nome	Data de Nascimento:	E-mail	Numero de telefone WhatsApp:	De qual cidade você é:
Maria das Dores Brasilicio de Oliveira	20/05/1959	naotem@gmail.com	48996244632	Capivari de Baixo
Maria aparecida goulart rosa	15/10/1957	naotwm@gmail.com	47991008522	Capivari de Baixo
itamar Borges	275760-03-14	soniaflorborges03@gmail.com	999498016	Capivari de Baixo
MARIA ALMERIDA CORREIA	28/08/1948	anna.p.correia@gmail.com	48999167438	Capivari de Baixo
Neci Joaquim de Abreu	16/09/1959	denise.conceicaosc@gmail.com	48998624932	Capivari de Baixo
MARISA DA GRAÇA FIGUEIRÓ	22/12/1956	vicjoaotb@gmail.com	54991746148	Capivari de Baixo
MARIA BENTA BORGES TORRES	26/10/1944	victortorresinstagram@gmail.com	48984795152	Capivari de Baixo
LOURDES DORETI BANDEIRA	18/09/1939	vicjoaotb@gmail.com	54992106761	Capivari de Baixo
MARLI TEREZINHA BANDEIRA POLIPPO	29/05/1958	victortorresinstagram@gmail.com	54991541759	Capivari de Baixo
Valdete Vettoretti (Val)	17/04/1959	valdete.vettoretti@gmail.com	48 991923780	Capivari de Baixo
Eidezia Fernandes Porto	04/02/1958	denise.starcel@gmail.com	48999167341	Capivari de Baixo
Maria Aparecida Rodrigues Lima	07/06/1958	naotem@gmail.com	996319443	Capivari de Baixo
Norma F PAcheco	10/08/1948	naotem@gmail.com	996036472	Capivari de Baixo
Luiza Matei Rosa	09/07/1946	naotem@gmail.com	996626860	Capivari de Baixo
Inacio Feliciano	01/05/1950	naotem@gmail.com	991313332	Capivari de Baixo
Maria salete Rosa	12/11/1957	naotem@gmail.com	991234774	Capivari de Baixo
Marilia Leandro	02/02/1964	naotem@gmail.com	999296616	Capivari de Baixo
Antonio Carlos Machado	23/06/1957	naotem@gmail.com	999979222	Tubarão
Maria Madalena V Barcelos	16/03/1958	naotem@gmail.com	999272280	Capivari de Baixo
Elisabete B Mendes	17/05/1958	naotem@gmail.com	999574378	Capivari de Baixo
Eliane Pereira Anacleto	26/09/1970	naotem@gmail.com	99619965	Capivari de Baixo
Clarinda Simão Pereira	12/12/1939	naotem@gmail.com	99619965	Capivari de Baixo
Vanda de Souza Paes	21/01/1948	naotem@gmail.com	36231351	Capivari de Baixo
Dilma V Barcelos	08/06/1938	naotem@gmail.com	36233460	Capivari de Baixo
Julia Joaquim	04/07/1939	naotem@gmail.com	9963257	Capivari de Baixo
Francisca Souza Florzinho	14/11/1936	naotem@gmail.com	36234248	Capivari de Baixo
Maria Aparecida Marcelino	21/06/1950	naotem@gmail.com	48996709776	Capivari de Baixo
Marlene Marcia da Silva	08/05/1961	naotem@gmail.com	4898001056	Capivari de Baixo
Dirce Domingos	05/12/1949	naotem@gmail.com	4899558627	Capivari de Baixo
Norma Bento Pereira	02/06/1947	naotem@gmail.com	48998144071	Capivari de Baixo
Leonir Bento de Souza	02/11/1940	naotem@gmail.com	48999582013	Capivari de Baixo
Zaida Terezinha Flor	14/03/1963	naotem@gmail.com	48996107741	Capivari de Baixo
Maria Moraes Silva	07/03/1947	naotem@gmail.com	48996107741	Capivari de Baixo
Valmira da Silva Constatino	13/01/1948	naotem@gmail.com	996576577	Capivari de Baixo
Maria Cardoso Goulart	25/01/1945	naotem@gmail.com	48999085243	Capivari de Baixo
Jucelia Constantino Vieira	23/02/1959	naotem@gmail.com	48999589891	Capivari de Baixo
Terezinha Maria Cardos	01/09/1950	naotem@gmail.com	48999274979	Capivari de Baixo
Maria de Fatima Domingos	11/04/1959	naotem@gmail.com	48999274979	Capivari de Baixo
Rita de Cássia Francisco Freitas	11/04/1962	ritadecssiafranciscofreitas@gmail.com	48 988370582	Capivari de Baixo
Manoel Rogério C. Corrêa	10/03/1957	rogeriocalegaricorrea@gmai.com	48984242227	Capivari de Baixo
Francisca Machado Honorato	04/11/1942	denisefaccin@gmail.com	48 990000000000	Capivari de Baixo
Maria Teresinha Ribeiro Francisco	21/08/1960	mtrfrancisco60@gmail.com	48 99165-5546	Capivari de Baixo
Maria da Graça Francisco Ribeiro	24/05/1957	mariadagracafranciscoribeiro0@gmail.com	48999008491	Capivari de Baixo
Francisca Machado Honorato		cidamellooliveira@hotmail.com	48998122920	Capivari de Baixo
Edsonete Medeiros Martins		edimedeiros60@gmail.com	9-99664454	Capivari de Baixo
Antônio Garcia de Jesus	04/05/1948	ba.teresinha@hotmail.com.br	(48)999167416	Capivari de Baixo
Maria Teresinha Silva de Jesus	09/03/1951	ba.teresinha@hotmail.com.br	(48)999167416	Capivari de Baixo
Nilda Ignácio	21/09/1960	nildaignacio481@gmail.com	48999352110	Capivari de Baixo
Luiza Silva	22/05/1954	escritoraluiza.madrid@gmail.com	4899324978	Capivari de Baixo
Luci Custódio Tomé	16/01/1960	sememail@semamil.com.br	48999153232	Capivari de Baixo
Maria José da Silva	01/02/1962	maria.jose010262@gmail.com	48 98465 7221	Capivari de Baixo
Vera Meneses Mendes		menesesmendesvera@gmail.com	996291242	Capivari de Baixo
Antônia da Silva Pacheco	27/10/1941	fernandapacheco2630@gmail.com	48999066473	Capivari de Baixo
Maria das Graças Martins Cittadin	30/12/1953	mgmcittadin@gmail.com	48999181778	Capivari de Baixo
Maria Alice Florzino Flor		maflorzino@gmail.com	999241648	Capivari de Baixo
Ireni Borba Fernandes	10/01/1958	ireniborbaf@gmail.com	(48) 99977-6642	Capivari de Baixo
Elisiane de Patta Rodel	21/02/1963	depatta@hotmail.com	(48) 99660-6534	Capivari de Baixo
Mara Aparecida da Silva Vargas	04/09/2025	cidakapiva@gmail.com	48920026882	Capivari de Baixo
Vanda de souza paes	20/01/1948	paesageu@gmail.com	996912412	Capivari de Baixo

Você fez\/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?	Qual seu endereço?	Renda familiar mensal:	Você possui alguma deficiência?	Laudo de Comprovação de Deficiência	Nome do Pai:
Não	Rua sergio fernando pereira 384, santa lucia	2 Salários I	Não		Manoel Brasilicio
Não	rua ademar nazario cardoso n47	1 Salário M	Não		Abel Machado Goulart
Não	general osvaldo pinto da veiga	2 Salários I	Não		pa
Não	RUA JOÃO RODRIGUES MARTNS, 810, CENTRO.	1 Salário M	Não		ALCIDES LINO CORREA
Não	Rua machado de assis	2 Salários I	Não		Tarcilio Arcemiro Joaquim
Não	Rua Carlos Chagas, 426	1 Salário M	Não		JOÃO FRANCISCO NUNES BANDEIRA
Não	Rua General Osvaldo Pinto da Veiga, 311	1 Salário M	Não		MANOEL CIFRONIO BORGES
Não	santa lucia, 100	1 Salário M	Não		AVELINO BRUGNERA
Não	Rua Santa Lucia, n. 100	1 Salário M	Não		JOÃO FRANCISCO NUNES BANDEIRA
Não	João Ernesto Ramos	2 Salários I	Não		Otávio Vettoretti
Não	Rua Manoel João Rodrigues, 563	3 Salários I	Não		Bento clarindo
Não	Afonso Pena 406	2 Salários I	Não		Antonio
Não	divisa com pescaria	1 Salário M	Não		Joao
Não	GOnçalves dias 169	2 Salários I	Não		Jose
Não	Manoel Vieira 908	2 Salários I	Não		Severino
Não	Willy medeiros 9249	1 Salário M	Não		Francisco
Não	Vicentina M da Silva 561	1 Salário M	Não		Thome
Não	Wenceslau Bras 383	4 ou Mais S	Não		Antonio
Não	Osvaldo Pinto da Veiga	2 Salários I	Não		Sebastiao
Não	Leonete Frontina Alves, 835	1 Salário M	Não		Pedro
Não	Manoel Joao Roddrigues	1 Salário M	Não		Domingos
Não	Manoel Joao Roddrigues	1 Salário M	Não		Ramilio
Não	machado de assis, 1284	1 Salário M	Não		Francisco Elias
Não	Jose Anastacio teixeira 58	1 Salário M	Não		Pedro vargas
Não	Vicente Cezar 8816	2 Salários I	Não		laurindo
Não	paulo primeiros 3 de maio	1 Salário M	Não		Antonio de souza
Não	rua da liberdade 1260	1 Salário M	Não		Braz Ovacio marcelino
Não	leonel frontina	1 Salário M	Não		Osvaldo marcio
Não	gonçalves dias	1 Salário M	Não		Manoel Julio Domingos
Não	vicntina madalena da silva 374, 3 de maio	1 Salário M	Não		Antonio s Bento
Não	Dr antonio alves 204, 3 de maio	1 Salário M	Não		Antoni S bento
Não	Rua general Osvaldo pinto da Veiga, 216	2 Salários I	Não		Severino Pedro flor
Não	general osvaldo pinto da veiga	1 Salário M	Não		Manoel da Silva
Não	Antonio Alves 459	1 Salário M	Não		Manoel Antonio
Não	alvarada	1 Salário M	Não		Joao Luiz Cardoso
Não	raimundo correa	1 Salário M	Não		Rafael Jose constantino
Não	antonio eliseu cardoso 905 alvorada	2 Salários I	Não		Antonio Eliseu Cardoso
Não	antonio eliseu cardoso 905 alvorada	2 Salários I	Não		Antonio Eliseu Cardoso
Não	Rua Manoel Francisco Bernardo	3 Salários I	Não		Pedro Manoel Francisco
Não	Tarcísio Vilela 909	4 ou Mais S	Não		José Maoel Corrêa
Não	Rua joão goulart	1 Salário M	Não		Patricio Sebastião Machado
Não	Rua Manoel Francisco Bernardo	4 ou Mais S	Não		Pedro Manoel Francisco
Não	R. Manoel Francisco Bernardo 280 fds	2 Salários I	Não		Pedro Manoel Francisco
Sim	Rua João Goulart 1012	1 Salário M	Não		Patrício Sebastião Machado
Não	R:Fagundes Varela 982	2 Salários I	Não		Nereu Flávio Medeiros
Sim	Avenida General Mendonça Lima 536	2 Salários I	Não		João Vitorino de Jesus
Sim	Avenida General Mendonça Lima 536	2 Salários I	Não		Antônio Zelindro da Silva
Não	Rua João Ernesto Ramos, 1347	2 Salários I	Não		Dinarte Geraldo Ignácio
Não	Rua Manoel Pedro flor 2015 fundos	1 Salário M	Não		Manoel da Silva
Sim	Joao rodrigo martins, 1728, santa Lúcia	1 Salário M	Não		Custódio albino Tomé
Não	Engenheiro paulo Martins	2 Salários I	Não		Juvenal Mattos da Silva
Não	Osvaldo Pinto da Veiga 1103 centro	3 Salários I	Não		JACY DE BEM MENESES
Não	Rua clarisdino Figueiredo	2 Salários I	Não		Fernando Alfredo da Silva
Não	Rua Ademar Nazario Cardoso	2 Salários I	Não		Otacílio Martins
Não	Br:101 km 326 bairro vila Flor	3 Salários I	Não		Bernardino Souza Florzino
Não	Rua Gonçalves Dias, 904, Caçador	3 Salários I	Não		Antônio Laurindo Borba
Não	Rua José Domingos Bittencourt 1020	1 Salário M	Não		Solon Rodel
Não	Rua Maria Idalina de Jesus ,118, centro	2 Salários I	Não		Moacir Felix da Silva
Não	Vereador Sérgio Fernandes pereira	2 Salários I	Não		Francisco Elias de Souza

Nome da Mãe:	Telefone de outro Responsável	Sua vacinação contra COVID está em dia?	AVISO: Inscrições apenas para pessoas com mais de 60 anos.	Menores de 6 anos não podem se inscrever em nossas Oficinas Culturais.
Conceição de Jesus Brasilicio	48996244632	Sim		
Laurena Mendonça Goulart	47991008522	Sim		
ss	48996107741	Sim		
MARIA VIEIRA CORREA	48996155405	Sim		
Rosa Balduino	48999478863	Sim		
LOURDES DOROTI BANDEIRA	48991003320	Sim		
BENTA CUSTODIA BORGES	48991003320	Sim		
EUGENIA BRUGNERA	48991003320	Sim		
LOURDES DOROTI BANDEIRA	48991003320	Sim		
Maria Ghiraldo Vettoretti	48 991923780	Sim		
Bernardino Maria Fernandes	48996702077	Sim		
Irene	996319443	Sim		
Florinda	996036472	Sim		
Maria	996626860	Sim		
Otilia	991313332	Sim		
Loudelina	991234774	Sim		
Felicia	999296616	Sim		
Claudina	999979222	Sim		
Benta	999272280	Sim		
Dilma	999574378	Sim		
Clarinda	99619965	Sim		
Vergilia	99619965	Sim		
Maria Clarinda	36231351	Sim		
Maria Vargas	36233460	Sim		
Justina	9963257	Sim		
Alexandrina ouriques	36234248	Sim		
Ana Emilia Mendes	48996709776	Sim		
MAria das Dores Alves	4898001056	Sim		
Felisberta de Souza Domingos	4899558627	Sim		
Justina G cardoso	48998144071	Sim		
Justina G cardoso	48999582013	Sim		
Nair Zulmira flor	48996107741	Sim		
Laurentina da Moraes da silva	48996107741	Sim		
Alexandrina Maria	9996576577	Sim		
Teodoraardoso	999085243	Sim		
Maria Rosa Constantino	48999589891	Sim		
Maria da Silva cardoso	48999274979	Sim		
Maria da Silva cardoso	48999274979	Sim		
Líbia Ribeiro Francisco	48991360746	Sim		
Terezinha Calegari Corrêa	48999307828	Sim		
Maria FRancisca Machado	4,899E+14	Sim		
Líbia Ribeiro Francisco	48 988367546	Sim		
Libia Ribeiro Francisco	48999622039	Sim		
Maria Francisca Machado	48998122920	Sim		
Clara de Sá Medeiros	996063222(filho)	Sim		
Maria Garcia de Jesus	48996997206	Sim		
Corina Bitencourt da Silva	48996997206	Sim		
Lúcia Ribeiro Ignácio	48999352110	Sim		
Maria da Silva	48996501215	Sim		
Florina maria tomé	0	Sim		
Geniy nunes da silva	48 98465 7221	Sim		
Francisca Cardoso	996321243	Sim		
Francisca Joana da Silva	48999066473	Sim		
Generosa Fernandes Martins	48984245626	Sim		
Francisca de Souza Florzino	988025931	Sim		
Francisca Martins Borba	(48) 996647117	Sim		
Camila de Patta	(48) 99660-6534	Sim		
María de Lourdes Figueiredo Felix	4888652505	Sim		
Maria clarinda de Jesus	996517330	Sim		

Prontidão para Atividade Física	Questionário	Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?	Você sente dores no peito quando pratica atividade física?	No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não		Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Sim	Sim
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Sim	Não
		Sim	Não	Sim
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e\/ou perda momentânea da consciência?	Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?	Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?	Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?	Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Sim	Não	Não
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Não	Sim
Não	Sim	Sim	Não	Não
Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Sim
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?	Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?	É cadastrado no CRAAS?	Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Sim	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Sim	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Sim	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não		Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Sim	Não	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Sim	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim

Form Name (ID)	Submission ID	Created At	User ID	User Agent
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1516	09/04/2025 09:47	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1514	08/04/2025 17:26	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1506	07/04/2025 11:37	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1439	21/03/2025 09:50	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1329	28/02/2025 20:37	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1326	27/02/2025 21:27	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1321	27/02/2025 17:08	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1320	27/02/2025 15:50	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1319	27/02/2025 15:41	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1315	26/02/2025 20:54	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1314	26/02/2025 18:19	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1313	26/02/2025 18:05	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1312	26/02/2025 18:04	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1310	26/02/2025 18:02	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1309	26/02/2025 18:01	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1307	26/02/2025 17:59	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1306	26/02/2025 17:58	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1305	26/02/2025 17:56	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1304	26/02/2025 17:54	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1303	26/02/2025 17:52	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1301	26/02/2025 17:51	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1300	26/02/2025 17:49	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1299	26/02/2025 17:47	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1298	26/02/2025 17:40	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1297	26/02/2025 17:32	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1296	26/02/2025 17:30	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1295	26/02/2025 17:27	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1294	26/02/2025 17:25	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1293	26/02/2025 17:20	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1292	26/02/2025 17:17	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1291	26/02/2025 16:54	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1290	26/02/2025 16:51	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1289	26/02/2025 16:48	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1288	26/02/2025 16:45	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1287	26/02/2025 16:40	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1286	26/02/2025 16:31	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1285	26/02/2025 16:24	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1284	26/02/2025 16:10	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1280	25/02/2025 21:13	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1279	25/02/2025 19:24	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1278	25/02/2025 15:50	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1276	25/02/2025 14:58	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1275	25/02/2025 14:56	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1262	24/02/2025 10:11	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1256	21/02/2025 17:20	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1255	21/02/2025 17:15	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1254	21/02/2025 16:57	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1253	21/02/2025 11:47	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1247	20/02/2025 13:13	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1245	20/02/2025 11:27	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1236	19/02/2025 14:39	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1229	19/02/2025 08:44	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1223	18/02/2025 22:22	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1220	18/02/2025 17:47	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1210	18/02/2025 14:18	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1205	18/02/2025 11:57	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1191	17/02/2025 20:33	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1188	17/02/2025 19:25	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1160	17/02/2025 10:58	0	Mozilla/5.0 (Linux

Sônia flor Borges	14/03/1963	soniaflorborges03@gmail.com	48996107741	Capivari de Baixo
Felícia de Souza Silvano	24/06/1953	fabybia80@gmail.com	4899272786	Capivari de Baixo
Severo Batista Eich	02/11/1951	severoeich@hotmail.com	48999041983	Capivari de Baixo
Sirlei Barcelos Corrêa		sirleibac@gmail.com	48999307828	Capivari de Baixo
Natalia da silva	25/12/2025	nata302silva@gmail.com	48 99950-0082	Capivari de Baixo
Maria Izabel Soares Deodato	03/06/1956	msoaresdeodato@gmail.com	48998468603	Capivari de Baixo
Marizete Maria do Nascimento	28/04/1946	kari.pedroso@gmail.com	48999131145	Capivari de Baixo
Iloir taciano	20/12/1962	arq.patriciapedroso@gmail.com	48996087988	Capivari de Baixo
Dilu da Silva Heck	07/08/1960	diluheck@gmail.com	48.984.688.599	Capivari de Baixo
ANGELA MARIA CLEMENTE	08/04/1962	angelamariaclementebia@gmail.com	48999922832	Capivari de Baixo
Rozete de Fátima Jeremias Urbano		rozeteju@mail.com.euteamo08	999214042	Capivari de Baixo
Marcia Miki Dias	04/01/1957	m.mikidias@gmail.com	11 9 9148 7217	Capivari de Baixo
Rosane Marcos Corrêa	10/12/1962	lanecorreasc@gmail.com	48996386206	Capivari de Baixo
Paulina Antunes Ferreira	29/06/1960	hiagofr99@hotmail.com	48996247703	Capivari de Baixo
Ângela	29/01/2025	giseledalsenter@gmail.com	+55 (48) 99176-5535	Capivari de Baixo
Simone	10/12/1974	smncamilo@gmail.com	(+55)48996871179	Capivari de Baixo
Marlene Brandão Antunes Aquino	12/12/1958	pra.marlene75@gmail.com	(48)996394897	Capivari de Baixo
Marlene Brandão Antunes Aquino	12/12/1958	pra.marlene75@gmail.com	(48)996394897	Capivari de Baixo
João Batista Cardoso	16/06/1964	jbatistacardoso36@gmail.com	48 999262627	Tubarão
Maria do Socorro Silva Borges		mariajoinha67@gmail.com	48 996646969	Outros...
Giovani Vitorio Preve	13/02/1963	gildamian@hotmail.com	48999491176	Capivari de Baixo
Alcila Leandro Oliveira	23/09/1942	sapatariadepaula@hotmail.com	48988640609	Outros...
Teresa Goulart	07/04/1954	jadinaca@hotmail.com	48 92002-9720	Capivari de Baixo
Julia Batista Miranda Rodrigues	06/05/1986	heloisamirandarodrigues0@gmail.com	5,549E+12	Capivari de Baixo
Dilu da Silva Heck		Diluheck@gmail.com	48 984688599	Capivari de Baixo
Leopoldina Espindola Teixeira	01/01/1958	jaquecianeespindolat1112@gmail.com	996845427	Capivari de Baixo
Olinda Ferreira Medeiros	14/08/1953	medeirosferreiraluciane@gmail.com	48998862917	Capivari de Baixo
Celoni Laurindo Gonçalves	22/12/1944	lidilele12@gmail.com	+55 48 988539750	Capivari de Baixo
Josefina Calegari cardoso	19/03/1951	pinacalegari@gmail.com	48991095909	Capivari de Baixo
Rozenete Borges Damian	30/11/1958	nete.gas.2017@gmail.com	48984392428	Capivari de Baixo
Maria Izabel Correa Martins terres	05/10/1952	amandaelias412@gmail.com	48 9962-38540	Capivari de Baixo
Nelita Nascimento	05/05/1963	nelcontab@gmail.com	48 99984-1700	Capivari de Baixo
Maria Izabel Soares Deodato	03/06/1956	msoaresdeodato@gmail.com	48998468603	Capivari de Baixo
Rozenir Maria Borges	23/10/1956	rozenirmariaborges@gmail.com	48999941171	Capivari de Baixo
Jandira Paz de Oliveira	04/12/2024	jandirapcoelho@gmail.com	48999281431	Capivari de Baixo
Jose Procopio Botelho	29/05/1944	naotem@gmail.com	48991268021	Capivari de Baixo
Celia de Araujo Botelho	10/02/1946	naotem@gmail.com	48991088021	Capivari de Baixo
sdsdsd	02/02/3231	cccccc@hotmail.com	4836233335	Tubarão
Tatiane Machado Goulart Sá	04/06/1983	tatimgsa@gmail.com	48996676693	Outros...
ANGELA MARIA CLEMENTE	08/04/1962	angelamariaclementebia@gmail.com	48999922832	Capivari de Baixo
Joselito João Borba	09/06/1964	Joselitoborba@outlook.com.br	48 98836-8518	Capivari de Baixo
Maria Cecília Kuerten de Sá	28/02/1961	billakuerten@gmail.com	48 999264298	Capivari de Baixo

Não	Rua general Osvaldo pinto da Veiga, 216	2 Salários I	Não		Severino Pedro flor
Não	Rua da Liberdade, 1204	1 Salário M	Não		Orlando Gustavo de Souza
Não	Rua do Caçador , Caçador, n.1359	2 Salários I	Sim	https:\/\/pa	Otomar Jose Eich
Não	Tarcísio Vilela 909	Outros...	Não		Paulo M. Barcelos
Não	Raimundo correia	2 Salários I	Não		João Angelino da Silva
Não	Rua Deputado Francisco de Souza Neves 144	2 Salários I	Não		Santo Jones Soares
Não	rua fagundes varela 1050	2 Salários I	Não		jose
Não	rua da liberdade	4 ou Mais S	Não		jose taciano
Sim	Rua da Liberdade 176	1 Salário M	Não		João Affonso da
Não	Rua Amardio Luiz Da Rosa	Outros...	Não		Manoel Pedro clemente
Não	General Osvaldo Pinto da Veiga 1.807	2 Salários I	Não		Jacy Dolvino Jeremias
Não	Rua Santa MARIA nº: 165 - CENTRO	2 Salários I	Não		Nildo Miki
Não	José Timóteo Bittencourt	3 Salários I	Não		Manoel Deobrandino Marcos
Não	Rua do Caçador, 43, Centro, Capivari	1 Salário M	Não		Adão Antônio Antunes
Não	Rua José	1 Salário M	Não		João
Não	Rua Doraci Rosa Osório	3 Salários I	Não		Olégario Camilo
Não	Ademar Nazário Cardoso, 1800	1 Salário M	Não		Alveir Antunes
Não	Ademar Nazário Cardoso, 1800	1 Salário M	Não		Alveir Antunes
Não	Rua Roberto Pedro Prudêncio 147	4 ou Mais S	Não		Tácito Fernandes Cardoso
Não	José Costa Pereira 147 Laguna	2 Salários I	Não		Francisco
Não	Rua Monteiro Lobato 185	1 Salário M	Não		Valdomiro Damian Preve
Não	Av calistrato Muller Salles	2 Salários I	Não		Manoel Leandro
Não	Rua da liberdade	1 Salário M	Não		Antônio Leopoldo Goulart
Não	Rua doutor Antônio Alves, 267, bairro Três de Maio	3 Salários I	Não		Jerônimo Miranda Netto
Sim	Rua da Liberdade 176	1 Salário M	Não		João Affonso da Silva
Não	Rua Pedro José Prá	1 Salário M	Não		Antônio Melo Espindola
Não	João Crispim da Rosa 176	2 Salários I	Não		Hercílio Ferreira
Não	Rua Herculano Pereira Franco, Bairro Caçador	1 Salário M	Não		Irineu Vitório Laurindo
Não	Rua Do Caçador, 1004	2 Salários I	Não		Mario Atílio Calegari
Não	Pedro Martins Cipriano	3 Salários I	Não		Antonio Albino Borges
Não	Gonçalves Dias 1430	2 Salários I	Não		Manejanga Corrêa
Não	Servidor público	2 Salários I	Não		Dimas Leovegildo do Nascimento
Não	Rua Deputado Francisco de Souza Neves 144	2 Salários I	Não		Santos Jones Soares
Não	Castro Alves	3 Salários I	Não		Antonio Albino Borges
Não	Rua do Caçador 804	3 Salários I	Não		Walter Salvato de Oliveira
Não	Rua tarciso Vilella 294	1 Salário M	Não		pai
Não	Rua tarciso Vilella 294	1 Salário M	Não		pia
Não	dsdsdsds	2 Salários I	Não		fdfffd
Não	Rua Pedro Urbano Goulart, Km37 - Pescaria Brava	4 ou Mais S	Não		Urbano Goulart
Não	Rua Amardio Luiz Da Rosa	1 Salário M	Não		Manoel Pedro clemente
Não	Rua Horácio Inocêncio de Aguiar	3 Salários I	Não		João Cesário Borba
Não	Rua João Rodrigues Martins 604	2 Salários I	Não		Augusto Antônio kuerten

Nair Zulmira flor	4899498016	Sim		
Firmínia de Souza	48984055632	Sim		
Eva Cristina Eich	4899041983	Sim		
Antônia de B. Barcelos	48984242227	Sim		
Benta Julia da Silva	48 8848 54	Sim		
Francisca de Souza Soares	48998468603	Sim		
maria	48999568866	Sim		
joana otilia	48996087874	Sim		
Ana Martinho da Silva	48.999.492.962	Sim		
Odete da Silva Clemente	48999922832	Sim		
Tereza Cardoso Jeremias	996683795	Sim		
Irene Anemarie Elza Miki	48 9 96832927	Sim		
Ana de Bem Marcos	48996386206	Sim		
Hilda Saturno Victoria Antunes	+55 (48) 99942-1246	Sim		
Maria	+55 (48) 99176-5535	Sim		
Carolina Espindola Camilo	(+55)48996871179	Sim		
Anair Brandão Antunes	(48)996840881	Sim		
Anair Brandão Antunes	(48)996840881	Sim		
Inocência de Jesus Cardoso	48 996943668	Sim		
Vanda	48 996433421	Sim		
Avani Vitório Preve	48999542071	Não		
Agatha sbemerler	48988640609	Sim		
Maria da Rosa	4892000-8900	Sim		
Maristela Batista	5,549E+12	Sim		
Ana Martinho da Silva	48 999692462	Sim		
Custódia do Nascimento Espindola	999591221	Sim		
Ana Maria Pires	48999289999	Sim		
Domarquinha Graça Laurindo	+55 48 98494011	Sim		
Saturnina da Silva Calegari	48920004215	Sim		
Tereza da Rosa Borges	48991293730	Sim		
Louise Corrêa	48991154155	Sim		
Narciza Souza do Nascimento	48 99984-1700	Sim		
Francisca de Souza Soares	48988513605	Sim		
Tereza da Rosa Borges	48998428918	Sim		
Maria Luzia Paz de Oliveira	48999281431	Sim		
mae	48991088021	Sim		
mae	48991088021	Sim		
dfdfdfd	fdfdfdfdfd	Sim		
Valdete da Silva Machado	48996676299	Sim		
Odete da Silva clemente	48999922832	Sim		
Laurita Beckhauser Borba	48 98836-8518	Sim		
Rosinha Medeiros kuerten	48 999726501	Sim		

		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Sim	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Sim	Sim
		Não	Não	Não
		Não	Não	Não
		Sim	Não	Não

Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Não	Não	Sim	Não	Não
Não		Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não	
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Não	Não	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Sim	Não	Sim	Não	Sim
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Não	Sim	Sim	Não	Sim
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	
Não	Sim	Sim		Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Sim	Sim	Sim	Não
Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não
Sim	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim	Não
Não	Não	Não	Não	Não
Não	Sim	Não	Não	Não
Não	Não	Sim	Não	Não

Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Sim
Sim	Sim	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Não
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Não	Não		Sim
Não	Sim	Sim	Sim
Sim	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Sim	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Sim	Sim
Sim	Não	Sim	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim
Não	Não	Não	Sim

Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1150	17/02/2025 09:37	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1106	15/02/2025 18:09	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1065	14/02/2025 09:50	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1020	11/02/2025 13:41	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1007	10/02/2025 21:55	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	1000	10/02/2025 18:27	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	982	07/02/2025 18:12	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	981	07/02/2025 18:09	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	974	06/02/2025 20:16	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	962	04/02/2025 21:17	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	949	03/02/2025 15:29	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	947	03/02/2025 14:35	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	934	02/02/2025 20:42	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	932	02/02/2025 11:53	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	904	29/01/2025 13:54	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	883	27/01/2025 18:23	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	861	26/01/2025 14:02	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	860	26/01/2025 14:02	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	826	24/01/2025 16:58	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	817	24/01/2025 10:52	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	814	24/01/2025 09:50	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	813	24/01/2025 07:24	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	801	22/01/2025 22:17	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	778	20/01/2025 20:02	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	769	19/01/2025 21:15	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	768	19/01/2025 20:28	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	760	17/01/2025 15:10	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	731	15/01/2025 12:30	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	711	12/01/2025 14:27	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	666	06/01/2025 22:57	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	662	04/01/2025 12:47	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	661	03/01/2025 23:17	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	658	03/01/2025 16:29	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	649	27/12/2024 21:08	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	629	21/12/2024 22:15	0	Mozilla/5.0 (iPhone
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	612	19/12/2024 15:15	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	611	19/12/2024 15:03	19	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	573	13/12/2024 19:51	0	Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	550	11/12/2024 00:55	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	532	09/12/2024 22:50	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	520	09/12/2024 19:44	0	Mozilla/5.0 (Linux
Sa\u00fade na Linha dos Olhos - Inscri\u00e7\u00	518	09/12/2024 15:57	0	Mozilla/5.0 (Linux

5.2. Inscrições presencial

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Maria de Fatima Domingos

Data de Nascimento:
11/04/1959

E-mail:
Sem e-mail

Numero de telefone WhatsApp:
48 99927 4979

De qual cidade você é:
Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
Rua Antonio Ulisses Cardoso, 905, Alvorada

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Não

Nome do Pai:
Antonio Ulisses Cardoso

Nome da Mãe:
Maria da Silva Cardoso

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Tereinha Maria Cardoso

Data de Nascimento:
01/04/1950

E-mail:
bom email

Numero de telefone WhatsApp:
48 99927479

De qual cidade você é:
Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
Rua Antonio Alves Cardoso, 905, Ahorda

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Não

Nome do Pai:
Antonio Alves Cardoso

Nome da Mãe:
Maria Otilia da Silva Cardoso

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Lucelia constantin Vieira

Data de Nascimento:
23/02/1959

E-mail:
não tem

Numero de telefone WhatsApp:
48 999 58 4891

De qual cidade você é:
Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
Rua Leonilda Corrêa

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
NÃO

Nome do Pai:
Rafael José Constantin

Nome da Mãe:
Maria Rita Corrêa

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Maria Cardoso Goulart

Data de Nascimento:
25/01/1955

E-mail:
não

Numero de telefone WhatsApp:
99908521 43

De qual cidade você é:
Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [X] Não [ ]

Qual seu endereço?
Alberto Rua Leide

Renda familiar mensal:
[X]1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Não

Nome do Pai:
João Luiz Cardoso

Nome da Mãe:
Teodora Cardoso

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Valmira da Silva Constantino

Data de Nascimento:
13/01/1978

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:
96576574

De qual cidade você é:
Capivari de Baixo

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
Orlon Alves 459

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?

Nome do Pai:
Manoel Antonio

Nome da Mãe:
Alexandrina Rocha

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a titulo de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na linha dos olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Maria Moreira Silva

Data de Nascimento:
27/03/1977

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:
48 99601 0773

De qual cidade você é:
Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [ ]

Qual seu endereço?
Rua Gen. Osh nro

Renda familiar mensal:
[x]1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?

Nome do Pai:
Manoel Alves da Silva

Nome da Mãe:
Laurinda Maria Silva

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim[x] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [x] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [x]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [x]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [x]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [x]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [x]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [x]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [x]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [x] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Zaide Tereza Alves

Data de Nascimento:

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:

De qual cidade você é:

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [ ]

Qual seu endereço?

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [ ] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [ ] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [ ]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [ ]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [ ]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [ ]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [ ]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [ ]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [ ] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Ludovis Bento de Sousa

Data de Nascimento:
02/11/1940

E-mail:
seu email

Numero de telefone WhatsApp:
48 99958 2013

De qual cidade você é:
Capivari de B.

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [x]

Qual seu endereço?
Rua do Antonio Silva, 204, 3 de Maio

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [x]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Nada

Nome do Pai:
Antonio S. Bento

Nome da Mãe:
Fatima G. Cardoso

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [x] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [x] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [x]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [x]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [x]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [x] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [x] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [x]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [x]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [x]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [x] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Norma Bento Pereira

Data de Nascimento:
02106 1947

E-mail:
vem email @

Numero de telefone WhatsApp:
✓ 48 9814-4071

De qual cidade você é:
Capivari de Baixo

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
rua vicentina madalena da Silva, 374, 3 de maio

Renda familiar mensal:
[X] Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
não

Nome do Pai:
Antonio S. Bento

Nome da Mãe:
Justina Geraldina

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Dine domingos vieira
Data de Nascimento:
05/12/1949
E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:
43995596027
De qual cidade você é:
capivari de baixo-sc
Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [X] Não [ ]

Qual seu endereço?
R. Agostinho dias
Renda familiar mensal:
[X]1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Não
Nome do Pai:
Manoel julio domingos
Nome da Mãe:
felisberta de souza domingos
Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [X] Não [ ]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [X] Não [ ]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [X] Não [ ]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [X] Não [ ]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na linha dos olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e video instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
marlene márcia da silva

Data de Nascimento:
05/05/1964

E-mail:
marlenemarcia16@gmail.com

Numero de telefone WhatsApp:
(19) 98800-1056

De qual cidade você é:
~~capivari de baixo~~ ilhotinha

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [X] Não [ ]

Qual seu endereço?
R. Leonel frontina

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimos

Você possui alguma deficiência?
não

Nome do Pai:
Osvaldo márcio

Nome da Mãe:
maria dos dores silveira marcio

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [ ] Não [X]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [X] Não [ ]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [X] Não [ ]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [X] Não [ ]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Maria Aparecida Marcelino Rodrigo

Data de Nascimento:
22/06/1950

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:
48996709776

De qual cidade você é:
Capivari de Baixo - SC

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
R. Liberdade 1260

Renda familiar mensal:
[X] Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
Nada

Nome do Pai:
Graciosa Marcelino

Nome da Mãe:
Ana Emilia Mendes

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [X] Não [ ]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [X] Não [ ]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [X] Não [ ]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Maria Madalena V. Barcelos

Data de Nascimento: 16/3/58

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 999272280

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Osvaldo Pinto Veiga, 46

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Sebastião

Nome da Mãe: Benta

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Antonio Carlos Machado

Data de Nascimento: 23/6/57

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 999979222

De qual cidade você é: Tubarão

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Wenceslau Brás, 383

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[X]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Antonio

Nome da Mãe: Claudina

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [ ] Não [X] 2 doses

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na linha dos olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Marilia Leandro

Data de Nascimento: 2/2/64

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 9999296616

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Vicentina M. da Silva, 561

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Pinos na perna

Nome do Pai: Thomé

Nome da Mãe: Felicia

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Precisa de transporte.

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Maria Solete N. Rosa

Data de Nascimento: 12/11/57

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 99123 4774

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Willy Medeiros, 9249

Renda familiar mensal:
[X] Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Francisco

Nome da Mãe: Candelina

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na Linha dos Olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

Apoio

Promoção

Realização

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Inácio feliciano

Data de Nascimento: 1/5/50

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 991313332

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Manal Vieira, 907

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Severino

Nome da Mãe: otília

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [X] Não [ ]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Luiza Matei Rosa

Data de Nascimento: 9/7/16

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 996626860

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Gonçalves Dias, 169

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimos

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: José

Nome da Mãe: Maria

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na linha dos olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

Apoio

Promoção

Realização

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Norma f. Pacheco

Data de Nascimento: 10/08/49

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 996036472 (felipe-filho)

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Divisa com Pescaria

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: João

Nome da Mãe: Florinda

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [ ] Não [X]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Precisa de transporte.

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Maria Ap. Rodrigues Lima

Data de Nascimento: 7/6/58

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 996319443

De qual cidade você é: capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Afonso Pena, 406

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Antonio

Nome da Mãe: Irene

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo:
Francisca souza florino
Data de Nascimento:
14/11/1936
E-mail:

Numero de telefone WhatsApp:
(88)36234248
De qual cidade você é:
capivari - cc
Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço?
R: Paulo primeiro 3 de maio
Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?
não
Nome do Pai:
Antonio de souza
Nome da Mãe:
Alexandrina Enriques
Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Julia Joaquim

Data de Nascimento: 04/07/39

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 99632257

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Vicente Cezar, 881b

Renda familiar mensal:
[ ]1 Salário Mínimo [X]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência?

Nome do Pai: Laurindo

Nome da Mãe: Justina

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Dilma V. Barcelos

Data de Nascimento: 8/6/38

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 36233460

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? José Anast. Teixeira, 5-8

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Pedro Vargas

Nome da Mãe: Maria Vargas

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários.
A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [✓]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

Saúde na linha dos olhos

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Vanda de Souza Paes

Data de Nascimento: 21/01/48

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 36231351

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [ ]

Qual seu endereço? Machado Assis, 1284, Centro

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Francisco Elias

Nome da Mãe: Maria Clarinda

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima ~~mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a~~ expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [X] Não [ ]

Artrose

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [X] Não [ ]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Clarinda Simão Pereira

Data de Nascimento: 12/12/39

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 99619965

De qual cidade você é: Três de Maio

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Manoel João Rodrigues

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ] 2 Salários Mínimos [ ] 3 Salários Mínimos
[ ] 4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Sim, anda c/muletas

Nome do Pai: RAmilio

Nome da Mãe: Verginia

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [X] Não [ ]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [X] Não [ ]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [X] Não [ ]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [X] Não [ ]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Eliane Pereira Anacleto

Data de Nascimento: 26/09/70

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 99619965

De qual cidade você é: Tres de Maio

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Manoel João Rodrigues

Renda familiar mensal:
[X] 1 Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Artrose

Nome do Pai: Domingos

Nome da Mãe: Clarinda

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [X] Não [ ]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [X] Não [ ]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo: Elisabete B. Mendes

Data de Nascimento: 17/05/58

E-mail:

Numero de telefone WhatsApp: 999574378

De qual cidade você é: Capivari

Você fez/faz parte do CREAS de Capivari de Baixo?
Sim [ ] Não [X]

Qual seu endereço? Leonete Frontina Alves, 835

Renda familiar mensal:
[X] Salário Mínimo [ ]2 Salários Mínimos [ ]3 Salários Mínimos
[ ]4 ou Mais Salários Mínimoa

Você possui alguma deficiência? Não

Nome do Pai: Pedro

Nome da Mãe: Dilma

Sua vacinação contra COVID está em dia?
Sim [X] Não [ ]

USO DE IMAGEM

Declaração para o uso de imagem em materiais de publicidade e propaganda.

Eu, AUTORIZO o uso de minha imagem e áudio em fotos ou filme, para ser utilizada em fins publicitários. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e áudio acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro.

Sim [X] Não [ ]

PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.
Assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim [ ] Não [X]

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim [ ] Não [X]

No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim [ ] Não [X]

Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

Sim [ ] Não [X]

Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

Sim [ ] Não [X]

Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

Sim [ ] Não [X]

É cadastrado no CRAAS?

Sim [ ] Não [X]

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Sim [X] Não [ ]

CIÊNCIA DE MONITORAMENTO DO AMBIENTE OBJETO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente da realização de monitoramento do ambiente objeto da execução do Projeto Saúde na Linha dos Olhos por meio de câmeras de segurança e vídeo instaladas nas dependências do Parque Diamante +Energia. DECLARO ter conhecimento da localização das câmeras que estão identificadas por placas e AUTORIZO a utilização das imagens para fins de segurança em geral.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Eu, AUTORIZO e DECLARO estar ciente de que os dados pessoais fornecidos para inscrição e cadastro no Projeto Saúde na Linha dos Olhos destinam-se apenas para o uso próprio, não podendo ser utilizado para fins distintos, tampouco transmiti-los a terceiros. DECLARO ciência de que os dados pessoais serão tratados em caráter de confidencialidade estrita.

Obrigado!

6. Termo Voluntários

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas

Eu, Samira Lidelix Dolpato Martins, nacionalidade Brasileira, estado civil Casada, profissão Psicóloga, CPF n. 054 254 039-84 e RG n. 5.063.649, SSP/ _____, residente e domiciliado (a) no endereço rua Ademar Nazário Cardoso, 493, na cidade de Cap. de Baixo/SC, CEP 88745-000, doravante denominado "**VOLUNTÁRIO**"; e

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, na Avenida General Osvaldo Pinto da Veiga, n. 01, Centro, CEP 88.745-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.606.501/0001-03, doravante denominada de "**ASSOCIAÇÃO**", neste ato representada na forma de seu Estatuto Social por seu Presidente VALDECI FRANCISCO ALGAYER, brasileiro, casado, diretor, inscrito no CPF/MF sob o n. 343.181.780-72 e no RG sob o n. 7.133.531 (SSP/SC) e por sua Diretora Administrativo/Financeiro KARINA DE OLIVEIRA CONSTANTINO, brasileira, casada, contadora, inscrita no CPF/MF sob o n. 009.057.929-50.

Resolvem firmar o presente **TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO**, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. DO OBJETO E VÍNCULO

1.1 Pelo presente, o Voluntário manifesta a sua vontade em prestar trabalho não remunerado, sem vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, no PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, aprovado junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Capivari de Baixo/SC e prorrogado por meio do 1º termo aditivo ao termo de fomento n. 007/2023.

1.2 As atividades a serem desempenhadas serão acordadas previamente entre as partes, levando-se em conta a capacitação do VOLUNTÁRIO e as necessidades da ASSOCIAÇÃO, assim como os dias e horários de atuação.

1.3 O VOLUNTÁRIO isenta a ASSOCIAÇÃO de qualquer responsabilidade referente a acidentes pessoais ou materiais, que possam ocorrer no desempenho de suas atividades ou no trajeto.

1.4 O VOLUNTÁRIO deverá observar e respeitar as normas da entidade e diretrizes apresentadas.

1.5 Qualquer informação confidencial obtida durante a execução das atividades voluntárias deverá ser tratada com sigilo absoluto, mesmo após o término da relação.

2. DA RESPONSABILIDADE DO VOLUNTÁRIO

2.1. Os equipamentos e os materiais fornecidos pela entidade ao VOLUNTÁRIO para que este possa melhor realizar suas atividades são de propriedade exclusiva da ASSOCIAÇÃO, razão pela qual o VOLUNTÁRIO não poderá utilizá-los para outras finalidades.

3. DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

3.1. O presente Termo terá vigência por prazo determinado, com início a partir da data de assinatura pelas partes até a data de conclusão do PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, 31 de agosto de 2025.

3.2. A ASSOCIAÇÃO poderá rescindir a relação, de forma imotivada e a qualquer tempo, mediante notificação escrita ou verbal à Contratada, que produzirá efeitos imediatamente, sem qualquer direito a indenização ao VOLUNTÁRIO.

4. DO USO DE IMAGEM

4.1. O VOLUNTÁRIO declara que autoriza a utilização de sua imagem, som, nome e materiais, produzidos durante a participação em suas atividades, de forma gratuita pela ASSOCIAÇÃO, por prazo indeterminado, sem limite de quantidade, em todo território nacional e no exterior, em meios impressos ou digitais, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 A Contratada declara ter pleno conhecimento e concordância com os termos do Código de Conduta Ética da Contratante, anexo a este contrato, comprometendo-se a cumpri-lo integralmente durante toda a execução do presente instrumento.

5.2 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste termo de adesão, as partes elegem o foro da comarca de Capivari de Baixo/SC.

Por estarem assim justos e acordados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, 14 de março de 2025.

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Valdeci Francisco Algayer
Presidente

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Karina de Oliveira Constantino
Diretora Administrativo/Financeiro

VOLUNTÁRIO
CPF/MF n(054.254.039-84

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas

Eu, Valci conceição dos Santos, nacionalidade Brasileira, estado civil casado, profissão Contador, CPF n. 995 221 497 20 e RG n. 6.523.212, SSP/ _____, residente e domiciliado (a) no endereço Rua Dr Antonio Alves nº 100, na cidade de Capivari Baixo/SC, CEP 88745 000, doravante denominado "**VOLUNTÁRIO**"; e

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, na Avenida General Osvaldo Pinto da Veiga, n. 01, Centro, CEP 88.745-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.606.501/0001-03, doravante denominada de **"ASSOCIAÇÃO"**, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social por seu Presidente VALDECI FRANCISCO ALGAYER, brasileiro, casado, diretor, inscrito no CPF/MF sob o n. 343.181.780-72 e no RG sob o n. 7.133.531 (SSP/SC) e por sua Diretora Administrativo/Financeiro KARINA DE OLIVEIRA CONSTANTINO, brasileira, casada, contadora, inscrita no CPF/MF sob o n. 009.057.929-50.

Resolvem firmar o presente **TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO**, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. DO OBJETO E VÍNCULO

1.1 Pelo presente, o Voluntário manifesta a sua vontade em prestar trabalho não remunerado, sem vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, no PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, aprovado junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Capivari de Baixo/SC e prorrogado por meio do 1º termo aditivo ao termo de fomento n. 007/2023.

4.1. O VOLUNTÁRIO declara que autoriza a utilização de sua imagem, som, nome e materiais, produzidos durante a participação em suas atividades, de forma gratuita pela ASSOCIAÇÃO, por prazo indeterminado, sem limite de quantidade, em todo território nacional e no exterior, em meios impressos ou digitais, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 A Contratada declara ter pleno conhecimento e concordância com os termos do Código de Conduta Ética da Contratante, anexo a este contrato, comprometendo-se a cumpri-lo integralmente durante toda a execução do presente instrumento.

5.2 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste termo de adesão, as partes elegem o foro da comarca de Capivari de Baixo/SC.

Por estarem assim justos e acordados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, _____ de _____ de 20 25 .

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Valdeci Francisco Algayer
Presidente

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Karina de Oliveira Constantino
Diretora Administrativo/Financeiro

VOLUNTÁRIO
CPF/MF n. 995221447 20

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas

Eu, Celine Berti da Silva, nacionalidade brasileira, estado civil solteira, profissão nutricionista, CPF n. 07446555955 e RG n. 5514537-0, SSP/ _____, residente e domiciliado (a) no endereço Rua Julio Pozze, na cidade de Tubarão /SC, CEP 88708491, doravante denominado "**VOLUNTÁRIO**"; e

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, na Avenida General Osvaldo Pinto da Veiga, n. 01, Centro, CEP 88.745-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.606.501/0001-03, doravante denominada de "**ASSOCIAÇÃO**", neste ato representada na forma de seu Estatuto Social por seu Presidente VALDECI FRANCISCO ALGAYER, brasileiro, casado, diretor, inscrito no CPF/MF sob o n. 343.181.780-72 e no RG sob o n. 7.133.531 (SSP/SC) e por sua Diretora Administrativo/Financeiro KARINA DE OLIVEIRA CONSTANTINO, brasileira, casada, contadora, inscrita no CPF/MF sob o n. 009.057.929-50.

Resolvem firmar o presente **TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO**, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. DO OBJETO E VÍNCULO

1.1 Pelo presente, o Voluntário manifesta a sua vontade em prestar trabalho não remunerado, sem vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, no PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, aprovado junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Capivari de Baixo/SC e prorrogado por meio do 1º termo aditivo ao termo de fomento n. 007/2023.

1.2 As atividades a serem desempenhadas serão acordadas previamente entre as partes, levando-se em conta a capacitação do VOLUNTÁRIO e as necessidades da ASSOCIAÇÃO, assim como os dias e horários de atuação.

1.3 O VOLUNTÁRIO isenta a ASSOCIAÇÃO de qualquer responsabilidade referente a acidentes pessoais ou materiais, que possam ocorrer no desempenho de suas atividades ou no trajeto.

1.4 O VOLUNTÁRIO deverá observar e respeitar as normas da entidade e diretrizes apresentadas.

1.5 Qualquer informação confidencial obtida durante a execução das atividades voluntárias deverá ser tratada com sigilo absoluto, mesmo após o término da relação.

2. DA RESPONSABILIDADE DO VOLUNTÁRIO

2.1. Os equipamentos e os materiais fornecidos pela entidade ao VOLUNTÁRIO para que este possa melhor realizar suas atividades são de propriedade exclusiva da ASSOCIAÇÃO, razão pela qual o VOLUNTÁRIO não poderá utilizá-los para outras finalidades.

3. DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

3.1. O presente Termo terá vigência por prazo determinado, com início a partir da data de assinatura pelas partes até a data de conclusão do PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, 31 de agosto de 2025.

3.2. A ASSOCIAÇÃO poderá rescindir a relação, de forma imotivada e a qualquer tempo, mediante notificação escrita ou verbal à Contratada, que produzirá efeitos imediatamente, sem qualquer direito a indenização ao VOLUNTÁRIO.

4. DO USO DE IMAGEM

4.1. O VOLUNTÁRIO declara que autoriza a utilização de sua imagem, som, nome e materiais, produzidos durante a participação em suas atividades, de forma gratuita pela ASSOCIAÇÃO, por prazo indeterminado, sem limite de quantidade, em todo território nacional e no exterior, em meios impressos ou digitais, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 A Contratada declara ter pleno conhecimento e concordância com os termos do Código de Conduta Ética da Contratante, anexo a este contrato, comprometendo-se a cumpri-lo integralmente durante toda a execução do presente instrumento.

5.2 Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste termo de adesão, as partes elegem o foro da comarca de Capivari de Baixo/SC.

Por estarem assim justos e acordados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Capivari de Baixo, 14 de março de 2025.

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Valdeci Francisco Algayer
Presidente

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
CNPJ n. 12.606.501/0001-03
Karina de Oliveira Constantino
Diretora Administrativo/Financeiro

VOLUNTÁRIO
CPF/MF n. 07446555955

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo qualificadas

Eu, Leonir Roque Funez, nacionalidade BRASILEIRA, estado civil CASADO, profissão TEC. AGROPEC, CPF n. 477 349 819-68 e RG n. 477349819-68, SSP/ _____, residente e domiciliado (a) no endereço RUA VICENTE C. PERITO, na cidade de CAPIVARI de BAIXO/SC, CEP 88745-000, doravante denominado "**VOLUNTÁRIO**"; e

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Capivari de Baixo, Estado de Santa Catarina, na Avenida General Osvaldo Pinto da Veiga, n. 01, Centro, CEP 88.745-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n. 12.606.501/0001-03, doravante denominada de **"ASSOCIAÇÃO"**, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social por seu Presidente VALDECI FRANCISCO ALGAYER, brasileiro, casado, diretor, inscrito no CPF/MF sob o n. 343.181.780-72 e no RG sob o n. 7.133.531 (SSP/SC) e por sua Diretora Administrativo/Financeiro KARINA DE OLIVEIRA CONSTANTINO, brasileira, casada, contadora, inscrita no CPF/MF sob o n. 009.057.929-50.

Resolvem firmar o presente **TERMO DE ADESÃO DE SERVIÇO VOLUNTÁRIO**, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. DO OBJETO E VÍNCULO

1.1 Pelo presente, o Voluntário manifesta a sua vontade em prestar trabalho não remunerado, sem vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim, no PROJETO SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS, aprovado junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Capivari de Baixo/SC e prorrogado por meio do 1º termo aditivo ao termo de fomento n. 007/2023.

7. Diagnóstico final

Saúde na linha dos oitos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Rozenir Maria Borges

1) Como o projeto impactou sua vida social?

O projeto foi muito bom, pois fez eu conhecer outras pessoas, e fazer novas amizades e reencontrar antigos amigos.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim, fiz uma Horta em meu quintal, e colhi Hortaliças.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

As conversas me fizeram lembrar o que eu já sabia, mas Também aprendi coisas novas e edificantes.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim, mexer com a terra melhorou minha disposição física.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Sim melhorou minha atenção, e emocional pois gosto de mexer com a terra.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim. ajudou muito, pois incentivou a comer mais verdura.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio
PARQUE DIAMANTE
+EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

muito bom, pude ir em todas as aulas e participar de todas as atividades

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

foi gratificante, pois sempre podemos aprender mais, mesmo com a terra mas nas tinha conhecimento,

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

A mensagem foi passada de forma clara e simples, consegui entender muito bem. foi muito importante poder participar.

10) O que você achou das aulas práticas?

foi muito leom, tão bom que poderia ter uma duroçaõ maior

5

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

O projeto foi tão bom, que gostaria que fosse um tempo maior.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

A dedicaçaõ dos professores que foram muito pacientes e atenciosos e nada deixou a desejar. amei esses encontros

13) Deixe sugestões para o próximo.

mais tempo de aula, e poderia incluir ginástica em grupo,

Obrigado!

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Roynete Borges Damian

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Gostei muito, aprendi muita coisa que não sabia e amei conhecer as companheiras.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Apliquei em minha horta.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

As duas coisas.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim, porque aprendi como plantar para comer alimento saudável!

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Foi muito bom para ativar a memória e ter boa coordenação e me senti muito bem emocional

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim, coloquei em prática o que aprendi.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Saúde na linha dos olhos

foi muito boa. Professora excelente.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Amo participar com todas faixas etárias

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Achei ótima, aprendi muito.

10) O que você achou das aulas práticas?

Amei

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Achei foi pouco tempo, poderia ser mais tempo.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Eu gostei de tudo, pra mim que participei a primeira Vez de um projeto, adrei ótimo.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Gosto muito de horta, aprender fazer chás, bolos, caldos.. Pra mim foi ótimo professora muito inteligente e muito querida e toda equipe, nota 10,!

Obrigado!

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Maria dos Dores Brasilicio

1) Como o projeto impactou sua vida social?
me fez bem esta com pessoas conversando e fazendo amizade deste mundo da Professora.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?
Apliquei na alimentação comendo mais verduras e frustas.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?
foram todas informações novas

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?
Sim estar em contato com a Terra me fez bem

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?
Sim o projeto me fez bem emocionalmente

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.
Sim comecei a comer mais saladas

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio: Parque Diamante; Educação Ambiental
Patrocínio: Diamante; Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo
Realização: Associação Jorge Lacerda

foi boa, plantei salsinha beterraba e tomate

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

foi bem aprendes com eles

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

foi bem aprendi coisa novas

10) O que você achou das aulas práticas?

Gostei bastante

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

O tempo do projetos foi suficiente

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

O que mais gostei foi colher e pessoa novas

13) Deixe sugestões para o próximo.

Para mim estava tudo bom

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Teresa Goulart

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Ser paciente, ter com quem conversar no horta

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

sim já tinha horta em casa

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Trouxeram novas informações

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

sim mais disposição

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

melhorou mais com distração e anti-estress

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

sim optamos por frutas e verduras

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Foi muito Bom

Apoio Patrocínio Realização

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Bom envolver novas gerações

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Foi grande aprendizado

10) O que você achou das aulas práticas?

Aprendizado

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Bom muito longe fica corrativo

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Gostei de Tudo

13) Deixe sugestões para o próximo.

colocar ônibus pra quem mora na zona

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: FELÍCIA SOUZA SILVANO

1) Como o projeto impactou sua vida social?

melhorou minha alimentação e locomoção

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim. chás e alimentação

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

NOVAS informações

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

na memória e na locomoção

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Alimentos para os familiares aplicando os ensinamentos

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Saúde na linha dos olhos

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

muito aprendizado com as outras idades

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

muito bem explicado com detalhes

10) O que você achou das aulas práticas?

gostei

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

o tempo passa rápido

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

gostei de tudo

13) Deixe sugestões para o próximo.

TER mais atividades motoras

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Mª Alice Florjino Flor

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Pra mim foi tudo de bom.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim estou aplicando tudo que aprendi, com você.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim pra mim teve muitas informações boa.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Não foi tudo normal.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Não houve impacto.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio
Patrocínio
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

minha participação foi normal, gostaria de ter mais dias para plantar. Eu gosto muito de Hortas e plantas.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Eu acho que seria legal.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Foi tudo ótimo.

10) O que você achou das aulas práticas?

Foi muito proveitoso.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

A duração do projeto e dos aulas, foi pouco tempo, e poucos dias.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Eu gostei de Tudo, pra mim foi muito bom.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Bom se fosse todas as semanas para irmos na horta, uma vez por semana.

Obrigado!

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Francisca Souza Florzino

1) Como o projeto impactou sua vida social?

O Projeto foi muito bom, eu aproveitei muito, e aprendi bastante

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim eu gosto muito de mexer com a Terra e o meu passa Tempo.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Pra mim foi quase tudo novidade de muitas informação novas.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim e muito.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Não, foi tudo no meu tempo, Tudo mais devagar porque as minhas mãos já estão com Artroze.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Não foi tudo normal.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

Pra mim foi normal.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Seria muito bom.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Tudo muito bom.

10) O que você achou das aulas práticas?

Gostei muito.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Poucos horas, poderia ser mais tempo.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Pra mim foi tudo de Bom

13) Deixe sugestões para o próximo.

mais tempo pra planta,

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Mª da Graça M. Cittadin

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Foi muito legal participar.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim, gostei muito, agora faz parte da minha alimentação.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim aprendi coisas novas e importantes.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim as plantas melhoraram minha saúde física.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Gerou impacto, agora estou fazendo minha horta.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim, estou fazendo comidas mais saudáveis.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Saúde na linha dos olhos

Sim gostei muito, muito aprendizado novos fiquei bem feliz.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Sim passei o conhecimento para minha neta.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Sim muito legal e interessante, vocês são muito atenciosos e carinhosos com as pessoas.

10) O que você achou das aulas práticas?

Achei muito legal.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Foi muito interessante, mas poderia ser mais tempo.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

O que eu mais gostei foi encontrar as pessoas e saber dos conhecimentos antigos.

13) Deixe sugestões para o próximo.

só agradecer vocês foram ótimos continuem assim.

Obrigado!

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: SEVERO BATISTA GICH

1) Como o projeto impactou sua vida social?

MUITO BOM, ME SENTI UTIL

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

SIM, EU TENHO UM QUINTAL GRANDE E SEMPRE GOSTEI DE ME ALIMENTAR SAUDAVEL

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

COM CERTEZA TIVE BASTANTE APRENDIZADO

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

SIM EMBORA SEMPRE GOSTEI DE QUINTAL

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

SIM

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

SIM MAS SEMPRE TENTAMOS NOS ALIMENTA COM COMIDA SAUDAVEL

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

100%

Saúde na linha dos olhos

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

SIM

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

MUITO BOA

10) O que você achou das aulas práticas?

EXELENTE

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

NORMAL

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

DE TODO O PROJETO
TUDO TAVA MUITO BOM

13) Deixe sugestões para o próximo.

SE TIVER O PRÓXIMO PARTICIPAREI

Obrigado!

Apoio

PARQUE DIAMANTE

+EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Patrocínio

DIAMANTE

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Maria Cecília Kiserten de Sá

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Uma grande mudança em minha vida.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim, passei a comer mais hortaliças nas principais refeições.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim, aprendi a conhecer as pancs que nem sabia que podia comer, e coisas que aprendemos sobre as pragas nas plantas.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Conhecimentos nunca é demais especialmente pra nossa saúde física e mental.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Sim, a percepção é um ponto de partida para o conhecimento. trouxe lembranças passadas de meus pais.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim, passamos a comer mais hortaliças e plantar mais verduras.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio Patrocínio Realização

Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo

Saúde na linha dos olhos

Fui todos os encontros, nossos encontros foi muito produtivos.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Acho que pras crianças é um aprendizado ao mexer com a terra. Pra nós 60+ é uma terapia.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Tanto as aulas teóricas quanto na prática (locar a mão na terra isso nos da prazer e conhecimento).

10) O que você achou das aulas práticas?

Pra mim, bom foi plantar, colher aquilo que você plantou.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Quanto a duração tá bom, o tempo das aula dar pra aprender muitas coisas, gostei da explicação da professora Denise

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Eu gostei de tudo, nada a reclamar. Mês segundo ano de projeto. obrigada a todos pelo projeto.

13) Deixe sugestões para o próximo.

minha sugestão é que fosse 2 vezes por mês.

Na vida e na horta, o melhor remédio é o cuidado!

Gostei.

Beijos

Obrigado!

Apoio: Parque Diamante; +Educação Ambiental

Patrocínio: Diamante; Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo

Realização: Associação Jorge Lacerda

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: _____

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Agora eu bato o meu ponto na horta dizendo bom dia, meninas, começo a falar

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim sem dúvida, plantei mais até a netinha come que não comia tudo eu explico p/ minha família

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

muito e como.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim. quanto mais eu planto mais quero, parece que a horta me chama.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

houve sim, almoço sem salada não. muito legumes. até ora pro nobis

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

Para mim foi muito boa participei todas as aula e plantei de tudo um pouco.

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Aprendeu não tem idade, quando estava as crianças, larguei tudo e fui pra lá gostei muito.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Para mim foi Pode tudo bem aproveitada

10) O que você achou das aulas práticas?

Aprendi muito

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Para mim foi muito bom

Aproveitei o máximo, cada minuto

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

De tudo, quem planta colhe foi que eu fiz plantei e colhi

13) Deixe sugestões para o próximo.

Para mim pode continuar assim Espero que continue.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Antônia da Silva Pacheco

1) Como o projeto impactou sua vida social?

fortaleceu ainda mais meu vínculo de amizades e aprendizado.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim, saladas, sucos teales etc.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

resgataram saberes e trouxeram novas informações como as plantas companheiras, as companheiras e as plantas antagônicas e as repelentes de insetos

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sim

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Sim, me remeteu ao passado, quando comíamos a raiz da azedinha.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas? Participei ativamente.

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

Será de grande aprendizado para todos

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

muito bem organizado e com ótimos resultado.

10) O que você achou das aulas práticas?

foi um grande aprendizado.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Pouco tempo

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Eu gostei de todo projeto.

13) Deixe sugestões para o próximo.

+ maior duração de tempo.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Rita de Cássia L. Freitas

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

no conhecimento e convivio com outras pessoas através do aprendizado de novas maneiras de plantio e conservação do solo e da natureza

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

Sim, Criamos nossa horta suspensa e um projeto de composteira ainda não produzimos, mas colocamos em prática.

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

Sim, as trocas de idéias ajudou no plantio de nossa horta

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Sim, ajudou à melhor nos manter em atividade física e mental.

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

Apoio

Patrocínio

Realização

Saúde na linha dos olhos

Sim, foi muito proveitoso

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Ainda não.

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Gostei de participar.

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

Foram bem explicadas, faltou a atenção de alguns que acharam que já sabiam tudo.

10) **O que você achou das aulas práticas?**

muito bem apresentadas.

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

Pouco tempo se aplica também nas horas muito rápido.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Gostei de aprender sobre o processo de cultivo de horta e também sobre compostagem e no manejo de eliminação da pragas.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Pessoas que queiram realmente aprender, não só para passar as horas.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Cleusa Terezinha Fco Machado

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

Encontrar outras pessoas é muito bom.

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

Aprendi a fazer compostagem de forma correta. Descobri que hortaliças podem ser plantadas próximas uma das outras.

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

Sim. Precisamos trocar expiriências, multiplicar saberes.

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Todo conhecimento compartilhado tem reflexo positivo na saúde mental e física.

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

Apoio Patrocínio Realização
Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo

Saúde na linha dos olhos

Para avaliar essa questão de forma positiva seria necessário um tempo maior

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Procuro uma alimentação o mais natural, mas a inclusão de PANCS somos resistentes

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Absorvi o conhecimento para aplicar no meu espaço domiciliar.

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Ao meu ver ficou a desejar, não houve por parte dos adultos acolhimento as crianças.

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

Foi bom.

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Faltou disciplina por parte de alguns do grupo.

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Apoio
PARQUE DIAMANTE
EDUCAÇÃO AMBIENTAL
Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo
Realização
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

Muito curto. Se o tempo fosse maior teríamos mais rendimento.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Você procurou nos ajudar trazendo conteúdo elaborado. Achei o tempo muito reduzido.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Aumentar o período do projeto
- Coleta de material orgânico no município para distribuir chorume e material para uso das hortas domésticas. Esse projeto deverá ser feito pelo município
- Passeio em hortas orgânicas.
- Trocas de plantas medicinais
- Palestras sobre plantas medicinais
- Pratos elaborados com PANCS. etc...

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: _____

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Além das novas amizades, os conhecimentos que levarei pro meu dia a dia.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim. Hoje eu procuro comer mais saladas e aplico as técnicas de plantio na minha horta

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

As duas coisas. Além do que eu já sabia as novas informações foram muito úteis

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

não houve mudanças quanto a saúde física.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

não percebi nenhuma mudança

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

só reforçou o que eu já sabia.

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

eu sou uma boa ouvinte, mas participei das aulas praticas.

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Tudo serve como um aprendizado, para muitos era tudo novo, as crianças principalmente.

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

muito bom, foi interessante essa troca de conhecimento

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Tirando o dia da colheita (vergonha alheia) foi muito bom, adoro mecher na terra.

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Saúde na linha dos olhos

Poderia ser mais tempo, pto a duração das aulas acho que foi pouco tempo, mas foi bem aproveitado.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Gostei dos conteúdos das aulas, e da forma como foi passado prá gente. O que menos gostei foi o comportamento de algumas alunas na hora da colheita.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Que o curso tenha um período maior e que cada turma tenha o seu canteiro.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Norma Bento Pereira

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

Bom, porque eu pude aprender com o projeto e com os outros participantes através de troca de conhecimentos.

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

Sim. na minha alimentação diária.

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

Sim.

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Sim. Mexer com a terra é uma aprendizagem e uma terapia para o corpo e mente!

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

Apoio: Parque Diamante; Educação Ambiental

Patrocínio: Diamante; Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo

Realização: Associação Jorge Lacerda

Saúde na linha dos olhos

Sim.

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Sim. Acrescentou novos conhecimentos.

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Foi boa, com um bom aprendizado.

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Sim o projeto de atender crianças e outras faixas etárias para que aprendam o bom desenvolvimento alimentar

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

Achei de grande importância para troca de informações e conhecimentos.

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Legal.

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Deveria ter um pouco mais de tempo.

Saúde na linha dos olhos

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Palestras, da horta.
Eu menos gostei da colheita de hortaliças muito precoce. deixar se desenvolver melhor.

13) Deixe sugestões para o próximo.

mais tempo de Curso.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: _____

1) Como o projeto impactou sua vida social?

ME OPORTUNIZOU O RELACIONAMENTO COM OUTRAS PESSOAS.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

SIM. NO MANEJO DE HORTAS E FAZENDO UMA COMPOSTEIRA C/ LATAS PLÁSTICAS DE ÓLEO.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

SIM

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

SIM, E PUDE FAZER CANTEIROS NA ALTURA DOS OLHOS

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Apoio
Patrocínio
Realização
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Saúde na linha dos olhos

Sim.

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

SIM

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

PROCUREI SEMPRE PARTICIPAR DO PLANTIO E DOS CUIDADOS NA LIMPEZA DOS CANTEIROS.

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

INTERESSANTE PODERMOS ESTAR COMPARTILHANDO NOSSO DIA A DIA COM PESSOAS DE IDADES DIFERENTES

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

MUITO BOM.

10) **O que você achou das aulas práticas?**

EXCELENTE, PRINCIPALMENTE A LIMPEZA DOS CANTEIROS

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

PODERIA SER MAIS LONGO O PROJETO. QUANTO AO TEMPO DAS AULAS, ESTÁ ÓTIMO

Saúde na linha dos olhos

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

PRA MIM FOI TUDO OTIMO.

13) Deixe sugestões para o próximo.

TER MAIS OPÇÃO DE DIAS DA SEMANA.

Obrigado!

Apoio

PARQUE DIAMANTE

EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Patrocínio

DIAMANTE

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Aurlei Barcelos Correa.

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Tendo a oportunidade de conhecer novas pessoas e ambientes desconhecidos.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim.
Ingerindo alimentos de modo mais saudável e mais eficazes para a nossa nutrição.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim trouxeram novas informações, conhecimentos muito importantes para a nova alimentação saudável.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Com certeza!
no futuro principalmente; tenho certeza!

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Saúde na linha dos olhos

Sim, concentração também!

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Já tínhamos um bom hábito alimentar mas melhorou ainda mais!

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Foram muito boas, muito proveitosas

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Tivemos uma experiência, que vi como uma visita que sempre é bom!

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

Conhecimentos muito bom!
Professores muito eficientes! Profª Denise Nascimento!

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Achei o grupo um pouco grande para as aulas práticas.

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Saúde na linha dos olhos

Bom o tempo e a duração das aulas também não ficou cansativo.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

De maneira geral foi muito bom!

13) Deixe sugestões para o próximo.

Eu só sugiro mudar o dia do curso. ou pelo menos ter outra alternativa. 6ª e outro dia e não ser sempre na 6ª feira

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Terezinha Mª da Santos Bittencourt

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

aprendi e botei em Pratica muitas coisas.

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

apliquei sim estou comendo umas ervas que Para mim e no mato

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

as duas opcoes

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Sim com certeza

Apoio

Patrocínio

Realização

Saúde na linha dos olhos

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

equilibrou o meu ser.

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Sim passamos a nos alimentar com mais hortaliças

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

participei bastante

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

muito legal, as crianças precisam participar de projetos como esse

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

muito bom

10) **O que você achou das aulas práticas?**

interessante

Apoio

PARQUE DIAMANTE

EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Patrocínio

DIAMANTE

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

ASSOCIAÇÃO JOVEM LACERDA

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: João Batista Cardoso

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

O projeto me ensinou a melhorar os meus cuidados com o meio ambiente como também minha vida pessoal

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

Sim. Me serviram para colocar em pratica como lidar com as plantas. Ex. Colocar casca de ovo no repolho para a lesma nao comer as folhas

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

Nos dessas coisas

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Sim. O fato de aprender tecnicas para evitar o uso de agrotoxicos

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

Apoio
Patrocínio
Realização
Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Saúde na linha dos olhos

Sim

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Sim. Tentamos nos alimentar de forma mais saudavel e natural.

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Muito boa. Frequentei todas as aulas

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Achei a ideia muito interessante, pois ha uma troca de conhecimento e Amizade entre os envolvidos

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

São necessarias para aprender tecnicas para ser utilizadas na pratica

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Boas. Pois colocamos em pratica o aprendizado em sala de aula

11) **O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?**

Saúde na linha dos olhos

Boa. Só tenho a agradecer pelos novos conhecimentos. Mas poderia ter mais aulas

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

O que mais gostei foi a troca de conhecimentos entre professores e colegas

13) Deixe sugestões para o próximo.

Gostaria que o espaço da horta fosse maior

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Nilda Ignácio

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Conhecimentos, novas amizades. Ambiente acolhedor

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

não tenho horta mas flores. Apliquei adubos caseiros, até então não aplicava.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim. Inclusive algumas aulas nos levaram a lembrar momentos de nossa infância

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Com certeza. Alimentos para a artríticos, bem melhor

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Sim. Tudo que tem de novo sempre dá ou nos traz algo de bom. Atenção, percepção.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Moro sozinha. Mas quando tenho oportunidade repasso para as pessoas o que aprendi

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Participativa quando o assunto era do meu conhecimento e assiduo

Saúde na linha dos olhos

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

muito positivo. Inclusive com os alunos da APAE

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

muito bom. Práticas, bem explicadas, não demoradas

10) O que você achou das aulas práticas?

Maravilhosa. Mexer com a terra é tudo de bom.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Passou rápido. Mas dentro das expectativas

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Gostei de tudo.

13) Deixe sugestões para o próximo.

- Pra mim está tudo OK
-

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Norma Hourido Pacheco

1) **Como o projeto impactou sua vida social?**

Muitas amizades, muito conhecimento um grande aprendizado

2) **Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?**

Sim, colocando em pratica oque aprendi

3) **As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?**

Com certeza novas informações

4) **Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?**

Sim, no cultivo de hortaliças que melhoram a saúde

Apoio

Patrocínio

Realização

5) **O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?**

Sim, trazre mais tranquilidade

6) **Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.**

Sim, com cultivo de novas hortaliças

7) **Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?**

Sempre participei, com grande aprendizado

8) **Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?**

Novos conhecimentos

9) **Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?**

Achei muito valiosa

10) **O que você achou das aulas práticas?**

Muito bom ir para horta e fazer o plantio

Saúde na linha dos oitos

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Foi bom, porém poderia durar mais tempo

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Gostei de aprendizado e nos amizades não gostei da falta de educação dos pessoas na colheita.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Disciplina na colheita, tem para todos.

Obrigado!

Apoio

PARQUE DIAMANTE

EDUCAÇÃO AMBIENTAL

Patrocínio

DIAMANTE

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Luiza da Silva

1) Como o projeto impactou sua vida social?

corrigindo minhas amigas na feira de consumirmos frutas, legumes & vegetáveis.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

tenho pouco espaço, mas utilizei folhas e cascas de frutas e vegetais.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Sim! muitas informações, foi gratificante

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

muito! até então eu sempre dependia de feira, agora eu mesma planto é um processo maravilhoso.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

com certeza... é maravilhoso ouvir o que nos faz bem, minha atenção, minha memória nota 10

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Sim! Todos perceberam o quanto este projeto faz bem.
fez bem pra toda família e amigos.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

acredito que ótimo, pois sou uma pessoa que gosta de fazer perguntas e amei as respostas

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

É maravilhoso explicar para minhas netas e neto, o valor de refeições sem agrotóxicos.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Eu amei -- Renise é uma pessoa maravilhosa e ama o que faz --

10) O que você achou das aulas práticas?

melhor ainda -- mexer na terra, arrumar canteiros, mudas dos vegetais foi D +++ Colher então ---

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Sinceramente? gostaria de mais tempo! foi tudo Pós bom, e passou tão rápido -- Gratidão

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Eu gostei de Tudo !!!

Gratidão ao Projeto!

13) Deixe sugestões para o próximo.

Eu gostaria se possível, dar continuidade com mais dias no mês uma só é muito pouco, mas valeu.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Realização

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

DIAGNÓSTICO FINAL DO PROJETO

Nome completo: Maria José da Silva

1) Como o projeto impactou sua vida social?

Incentivou a troca de conhecimentos e experiências. Todas as pessoas compartilham as tarefas e celebram os resultados.

2) Você aplicou os conhecimentos (ervas, hortaliças, consumo) no seu dia a dia? Como?

Sim, na minha horta.

3) As trocas durante as aulas resgataram saberes tradicionais ou trouxeram novas informações?

Com certeza trouxeram muitas novas informações.

4) Resgatar conhecimentos de plantio e plantas trouxe melhora da sua saúde física?

Sempre melhora né.
A saúde mental tbm conta muito, e só teve melhora.

5) O projeto gerou algum impacto sobre a sua autonomia física (coordenação e percepção), cognitiva (memória, atenção) ou emocional?

Sim, é evidente que obteve melhoras em todos os aspectos.

6) Houve impactos na sua família? Como por exemplo mudança de hábitos alimentares.

Para mim e minha família, pois compartilhei o que aprendi.

7) Como foi sua participação nas atividades e nas aulas?

Muito boa!!!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

Saúde na linha dos olhos

8) Como você avalia a troca com crianças e outras faixas etárias dentro do projeto?

É gratificante ver os pequenos aprendendo e que realmente faz bem, assim como os adultos.

9) Como você avalia as aulas teóricas? O que achou das apresentações, conteúdo, metodologia?

Foi perfeito!
Tudo foi colocado com muito esclarecimento e entendimento.

10) O que você achou das aulas práticas?

Já estou com saudades.
Contando os dias p/ o proximo.
Ano que vem.

11) O que achou sobre duração do tempo do projeto? E duração das aulas?

Tão maravilhosa que poderia se extender.
Mas foi suficiente p/ aprender.

12) O que você mais gostou e o que você menos gostou no projeto?

Ha gostei de tudoooo.

13) Deixe sugestões para o próximo.

Obrigado!

Apoio

Patrocínio

Conselho Municipal do Idoso
Capivari de Baixo

Realização

8. Materiais complementares

8.1. Guia Prático de Plantio

Projeto Saúde na Linha dos Olhos

Bióloga Denise Faccin

✨ Guia Prático de Plantio ✨

🌱 Como Começar sua Horta

1. Escolhendo o Local

- Escolha um lugar com **bastante luz solar** (pelo menos 4 a 6 horas por dia).
- Pode ser no **quintal, varanda, janela, vasos, garrafas pet, jardim vertical ou canteiros elevados**.
- Proteja as plantas de ventos fortes e geadas.

2. Preparando o Solo

- Use terra fofa e rica em matéria orgânica.
- Misture **composto orgânico ou esterco curtido** para um solo mais nutritivo.
- Evite solos muito compactados. Mexa bem antes de plantar.
- **Cubra o solo com serragem, palhada ou folhas secas** para manter a umidade, reduzir o crescimento de ervas daninhas e proteger as raízes do calor excessivo.

3. Plantando Sementes ou Mudas

- **Sementes:**
    - Plante em buracos pequenos e cubra levemente com terra.
    - Regue delicadamente todos os dias até germinar.
    - Respeite a distância e o raleamento que é indicado na embalagem.
- **Mudas:**
    - Selecione mudas sadias e bonitas.
    - Abra um buraco no solo, acomode a raiz e cubra com terra.
    - Regue após o plantio e mantenha o solo úmido.

4. Rega e Cuidados

- Regue sempre pela **manhã ou no fim da tarde**.
- Evite molhar as folhas para prevenir doenças.

Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo
Realização
PARQUE DIAMANTE
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

- Toque a terra: se estiver seca, é hora de regar!

5. O Melhor Momento para Plantar (Fases da Lua)

- **Lua Nova:** Boa para preparar o solo e adubar.
- **Lua Crescente:** Ideal para plantar **folhosas** (alface, couve, espinafre).
- **Lua Cheia:** Boa para frutas e ervas medicinais.
- **Lua Minguante:** Momento ideal para **raízes** (cenoura, beterraba, alho).

6. Combinação de Plantas (Companheiras)

- **Alface + Cenoura + Cebolinha** ✅ (crescem bem juntas)
- **Tomate + Manjericão** ✅ (manjericão repele pragas)
- **Rúcula + Alho + Salsa** ✅ (alho protege a rúcula)
- **Couve + Alecrim** ✅ (alecrim afasta pragas)

7. Importância da Diversidade

- **Plantar diferentes espécies juntas (consórcio)** melhora a saúde do solo, reduz pragas e aumenta a produtividade.
- Algumas plantas protegem outras, como o manjericão que afasta insetos do tomateiro.
- Variedade na horta traz mais nutrientes e equilibra o ecossistema natural.

8. Rotação de Culturas

- **Alterne o plantio** de diferentes tipos de plantas para evitar o esgotamento do solo e o acúmulo de pragas.
- Exemplo: plante **folhas** (alface, rúcula) em um ciclo e **raízes** (cenoura, beterraba) no seguinte.

9. Fique de Olho!

🔹 **Folhas amareladas?** Pode ser falta de nutrientes.

🔹 **Folhas murchas?** Falta água ou excesso de sol.

🔹 **Buracos nas folhas?** Insetos podem estar atacando (use solução de fumo ou pimenta natural).

10. Hora da Colheita!

- Colha pela manhã ou fim da tarde.
- Use uma tesoura para evitar danificar a planta.
- Quanto mais colhe, mais a planta cresce!

Agora é só colocar a mão na terra e aproveitar sua horta! 🌿🚀

Patrocínio
Realização
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

8.2. Guia Prático de Composteiras Domésticas

✨ Guia Prático de Composteiras Domésticas ✨

Bióloga Denise Faccin

Materiais para Montagem

- 3 baldes plásticos com tampa (de 15 a 20 litros — pode ser baldes de margarina, sorvete, etc.)
- Furadeira e brocas (ou ferramenta para perfurar plástico)
- Torneirinha plástica (para instalar no balde inferior do chorume)
- Material seco (serragem sem tratamento químico, folhas secas, papelão picado, jornal sem tinta colorida, caixa de ovo)
- Resíduos orgânicos (restos de frutas, verduras, borra de café, saquinhos de chás, etc.)

Passo a Passo de Montagem

1. Perfuração dos baldes

Baldes 1 e 2 (composteiras ativas):

- Faça **vários furos pequenos no fundo** (drenagem de chorume) usando uma furadeira.

Tampas:

- Fure o centro das tampas dos baldes 1 e 2 (um furo grande) para que o balde de cima encaixe no balde de baixo, permitindo a passagem de líquidos.

Balde 3 (coletor de chorume):

- **Não fure o fundo**. Este balde deve reter o chorume.

2. Instalação da torneirinha

- No balde 3, **instale uma torneirinha** a cerca de 2-3 cm da base.
- Fure com cuidado e encaixe a torneira com vedação, para poder retirar o chorume facilmente.

Patrocínio
DIAMANTE
Conselho Municipal do Idoso Capivari de Baixo
Realização
PARQUE DIAMANTE
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

3. Montagem da estrutura

- No fundo do balde 2, coloque um pouco de material seco (serragem ou folhas) para ajudar na drenagem inicial.
- Empilhe os baldes:
    - Balde 3 na base (reservatório de chorume)
    - Balde 2 acima (primeira composteira ativa)
    - Balde 1 no topo (segunda composteira ativa)
- Feche com a tampa superior.

Como Usar a Composteira

- Sempre que adicionar resíduos orgânicos, cubra com uma camada de material seco, na proporção: **2 partes de material seco para 1 parte de resíduo úmido**.
- Quando o balde de cima (balde 1) encher, passe a usar o balde do meio (balde 2) e deixe o balde de cima descansar.

O que Pode e o que Não Pode Colocar

✓ Pode colocar:

- Cascas de frutas e legumes
- Restos de verduras
- Borra e filtro de café
- Saquinhos de chá (sem grampo)
- Casca de ovos triturada
- Pães (em pouca quantidade)

✕ Não pode colocar:

- Carnes, peixes e laticínios
- Óleos, gorduras
- Alimentos cozidos ou temperados
- Fezes de animais domésticos

Patrocínio
Realização
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

- Frutas cítricas em excesso

Materiais Secos Indicados

- Serragem natural
- Folhas secas trituradas
- Palha
- Papelão ou jornal sem tinta colorida picado

Solução para Problemas Comuns

Infestação de Mosquinhas:

- Aumente o material seco e sempre cubra os resíduos frescos.
- Tampe bem a composteira e use terra para cobrir se necessário.

Cheiro Ruim:

- Adicione mais material seco.
- Mexa a compostagem para oxigenar.
- Evite colocar resíduos muito molhados sem equilibrar com secos.

Tempo de Compostagem

- A decomposição completa leva de **2 a 4 meses**, dependendo do clima e da manutenção.

Como Usar o Produto Final

Composto sólido (terra pronta):

- Use para enriquecer vasos, hortas e jardins.
- Misture com terra comum na proporção de **1:3**.

Chorume:

- Diluir: **1 parte de chorume para 10 partes de água**.
- Usar como fertilizante natural para regar plantas a cada 15 dias.

Patrocínio
Realização
Apoio
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

8.3. Plantas Companheiras e Plantas Antagônicas

Plantas Companheiras e Plantas Antagônicas

Bióloga Denise Faccin

Plantas Companheiras

Planta	Companheira ideal	Benefício
Tomate	Manjericão	Afasta insetos, melhora o sabor
Tomate	Brócolis, Couve-flor, Repolho	Tomate espanta mosquinhas brancas
Tomate	Tagete	Repele nematóides causadores de galhas do tomate
Cenoura	Cebolinha, alho poró	Cebolinha espanta a mosca-da-cenoura
Rabanete	Alface, espinafre	Rabanete protege contra pragas, alface e espinafre ficam mais macios e cheios
Capuchinha	Abóbora, pepinos	Capuchinha repele besouro que ataca pepino e abóbora
Batata	Feijão e ervilha	O feijão e a ervilha fixam nitrogênio no solo, beneficiando a batata que precisa de nitrogênio para crescer.
Milho	Feijão e abóbora	Sistema milenar indígena “milpa”: um sustenta, outro enriquece o solo, o outro cobre e protege
Funcho	Coentro	Ambos aumentam a produtividade na presença do outro
Alface	Cenoura e Beterraba	Alface e cenoura protegem a beterraba de pragas, e a beterraba ajuda a alface a se desenvolver melhor
Alecrim	Sálvia e Louro	Melhoram o crescimento

Repolho	Tomilho	Tomilho afasta um tipo de verme que ataca em especial o repolho, além de espantar a mosca branca e besouros.

Plantas repelentes de insetos ou iscas: Girassol, Lavanda, Alecrim, Anis, Erva doce, Arruda, Citronela, Coentro, Hortelã, Losna, Manjericão, Tagete, Tomilho, Cosmo.

Plantas Antagônicas

Planta	Não plantar junto	Motivo
Tomate	Batata	Competem por nutrientes do solo
Feijão	Alho	Alho inibe o crescimento do feijão
Feijão	Beterraba	Beterrabas não se desenvolvem bem perto do feijão
Funcho	Qualquer outra planta (exceto coentro)	Inibe o crescimento
Alface	Feijão e ervilha	Inibem crescimento
Cebola e cebolinha	Feijão e ervilha	Inibem crescimento
Couve-flor	Salsão	Competem por nutrientes, couve libera substância que inibe crescimento do salsão

Alelopatia: Algumas plantas liberam substâncias químicas que inibem ou até matam outras plantas próximas.

8.4. Receitas PANCS







PARQUE DIAMANTE
+ENERGIA

RECEITAS

PANCS

SAÚDE NA LINHA DOS OLHOS

NUTRICIONISTA: ALINE BERTI
CRN 10 9467















SOPA DE BELDROEGA COM ABÓBORA

INGREDIENTES

1 kg de abóbora picada
2 xícaras (chá) de beldroega picada (folhas, talos e flores)
1/2 colher (sobremesa) de açafrão-da-terra (cúrcuma)
1/2 colher (sobremesa) de gengibre ralado
1 pimenta-de-cheiro picada
Sal marinho a gosto
Salsinha picada a gosto
Flores de capuchinha para decorar

Modo de Preparo:

Cozinhe a abóbora até ficar macia.
Adicione a beldroega, açafrão, gengibre, pimenta e sal.
Bata tudo no liquidificador até obter um creme homogêneo.
Sirva quente, decorado com flores de capuchinha e salsinha picada.

Fonte: Academia Assaí

PEIXINHO EMPANADO

INGREDIENTES

Folhas de peixinho (Stachys byzantina)
2 xícaras (chá) de farinha de trigo
2 xícaras (chá) de farinha panko
4 ovos batidos
Sal e pimenta a gosto
Óleo para fritar

Modo de Preparo:

Lave e seque as folhas de peixinho.
Passe as folhas na farinha de trigo, depois nos ovos batidos e, por fim, na farinha panko.
Frite em óleo quente até dourar.
Escorra em papel absorvente e sirva quente

Fonte: Receitas Edu Guedes

OMELETE VERDE

INGREDIENTES

4 ovos
1 colher (sopa) de queijo fresco ralado
1 colher (sopa) de farinha de trigo
1 stick de tempero de vegetais
1/2 xícara (chá) de PANCs picadas (como beldroega, serralha, azedinha, flores de capuchinha, bertalha)
1/2 xícara (chá) de cheiro-verde picado

Modo de Preparo:

Em um recipiente, misture os ovos, queijo ralado, farinha de trigo e o tempero.
Em outro recipiente, misture as PANCs picadas e o cheiro-verde.
Unte uma frigideira com óleo, aqueça e coloque metade da mistura de ovos.
Quando o lado de baixo estiver dourado, vire a omelete.
Distribua parte da mistura de folhas sobre a omelete e dobre-a ao meio.
Deixe dourar e retire. Repita com o restante dos ingredientes.

Fonte: iBahia

GELEIA DE AZEDINHA

INGREDIENTES

- 2 xícaras de folhas de azedinha picadas
- 1 xícara de açúcar
- 1/2 xícara de água
- Suco de 1 limão

Modo de Preparo:

- Em uma panela, coloque todos os ingredientes e leve ao fogo médio.
- Cozinhe, mexendo sempre, até atingir a consistência de geleia.
- Deixe esfriar e armazene em potes esterilizados.

Fonte: Geleia de morango - Panelinha

MUFFIN DE TANSAGEM

INGREDIENTES

1 maço de folhas de tansagem picadas
2 ovos
1/2 xícara de açúcar demerara
1 xícara de farinha de trigo integral
1/2 xícara de leite vegetal
1 colher de chá de fermento em pó

Modo de Preparo:

Bata os ovos com o açúcar até formar um creme.
Adicione a farinha, o leite e as folhas de tansagem, misturando bem.
Incorpore o fermento.
Distribua a massa em forminhas de muffin e asse a 180°C por 25 minutos.

Fonte: 5 Receitas de Doces com PANCs - Dimensão da Natureza

BOLO DE CARÁ COM NOZES

INGREDIENTES

2 xícaras de cará cozido e amassado
1 xícara de açúcar mascavo
3 ovos
1/2 xícara de óleo de coco
1 xícara de nozes picadas
1 colher de sopa de fermento em pó

Modo de Preparo:

Bata os ovos com o açúcar até obter um creme claro.
Adicione o cará amassado e o óleo, misturando bem.
Incorpore as nozes e o fermento.
Despeje a massa em uma forma untada e asse em forno pré-aquecido a 180°C por aproximadamente 40 minutos

Fonte: canal BIZU no YouTube

GELEIA DE FISÁLIS

INGREDIENTES

300g de frutos de fisális
150g de açúcar
1/2 xícara de água

Modo de Preparo:

Retire a parte seca que envolve o frutos e, em seguida, lave e corte os frutos ao meio.
Em uma panela, coloque o açúcar e a água e deixe derreter até formar uma calda. Não mexa!
Acrescente os frutos cortados e deixe reduzir até ficar consistente e soltando do fundo da panela.
Deixe esfriar e sirva com biscoitos salgados ou pães.

Autor: Eline Prando

SUCO DE BELDROEGA

INGREDIENTES

1 xícara de beldroega
1l de agua gelada
1 limão expremido
1 pedaço de gengibre
1 cenoura
1 colher de sopa de açúcar

Modo de Preparo:

Lavar bem as folhas e o legume e bata todos os ingredientes no liquidificador. Sirva em seguida.

Autora: Carolina Dini

BOLO DE ORA-PRO-NÓBIS

INGREDIENTES

3 cenoura médias
4 ovos
1 xicara de açúcar
15 folhas de ora-pro-nóbis
2 colheres de sopa manteiga
1 ½ de farinha sem glúten ou mix de farinhas
1 colher de sopa de fermento químico (15g)

Modo de Preparo:

Bata todos os ingredientes no liquidificador, seguindo a seguinte ordem: ovos, açúcar, cenoura, ora-pro-nóbis, manteiga derretida, farinha e por ultimo o fermento. Unte uma forma média com furo no meio com manteiga e farinha. Pré aqueça o forno a 180° C e leve para assar por 40 minutos

BOLO DE ORA PRO NO BIS COBERTURA

INGREDIENTES

200ml de agua
2 Colheres de sopa de açúcar
3 colheres de sopa de cacau em pó
1 colher de sopa de manteiga

Modo de Preparo:

Adicione todos os ingredientes em uma panela pequena e leve ao fogo médio por aproximadamente 5 minutos. O ponto é quando voce passa a colher no fundo e ela começa a formar um caminho. Cubra o bolo.

Autora: Flavia Rodrigues de Oliveira

PÃO DE CARÁ MOELA

INGREDIENTES

500g de cará moela
250ml de agua filtrada (cerva de 1 xícara de chá)
½ tablete de manteiga ao ponto de pomada
6 ¼ de farinha de trigo (750g)
3 colheres de sopa de fermento biologico fresco (30g)
2 colheres de chá de sal
2 colheres de sopa de mel

Modo de Preparo:

Lave e higienize a cará moela em água corrente, corte em pedaços menores e cozinhe na água fervente até ficar mole, ligue o forno a 180° C. Unte uma forma com manteiga e enfarinhe. Em um recipiente grande coloque o mel, a água e o fermento, misture bem. Depois adicione 50 g de farinha de trigo e mexa bem. Reserve para fermentar 20 a 25 minutos.

PÃO DE CARÁ MOELA

escorra, descasce e amasse a cará moela com expremedor de batatas até virar um pure, junto o pure e o sal no recipiente com a mistur da fermentação, mexa bem até formar um pure homogenio; encorpore a farinha aos poucos e quendo ela ficar pesada para mexer com a colher, transfira para uma bancada limpa e higienizada, sove a massa até ficar bem lisa. Adicione a manteiga e continue sovando até ele soltar das mãos. Retorne a massa para o recipiente e cubra com pano limpo ou plastico filme. Aguarde a massa dobrar de tamanho. Modele os pães no formato desejado e cubra com pano úmido aproximadamente 15 minutos. Leve para assar em forno pré aquecido á 200° C. Quando estiver dourado por cima está no ponto, desligue o forno. Sirva o pão cará moela

Autor: Marcelo Melo

8.5. Manual de proteção da horta

🌿 Manual Natural de Proteção da Horta

Bióloga Denise Faccin

Cuide da sua horta com carinho, respeitando a natureza e sua saúde.

🧪 1. Inseticida de **alho com sabão**

Contra: pulgões, cochonilhas, lagartas

- 1 cabeça de alho
- 1 colher (sopa) de sabão de coco ralado (ou detergente neutro)
- 1 litro de água

Preparo: bata o alho com um pouco de água, coe e misture com o restante da água e o sabão.
Aplicação: borrife nas folhas (por cima e por baixo), no final da tarde, a cada 3 dias.

🌶️ 2. Calda de **pimenta e alho**

Contra: formigas, lagartas, besouros, percevejos

- 2 pimentas dedo-de-moça
- 4 dentes de alho
- 1 litro de água
- (opcional) 1 colher de sabão neutro

Preparo: bata tudo no liquidificador, coe e coloque em borrifador.
Aplicação: 1 vez por semana no final da tarde.

🍵 3. Chá de **camomila** (fungicida)

Contra: mofo branco, podridões, manchas escuras

- 2 sachês ou 2 colheres (sopa) de flores de camomila
- 500 ml de água

Preparo: ferva a água, desligue o fogo, adicione a camomila, abafe e deixe esfriar.
Aplicação: borrife nas folhas, 2 vezes por semana.

---

4. Leite diluído (fungicida e bactericida)

Contra: oídio (mofo branco), manchas fúngicas

- 100 ml de leite
- 900 ml de água

Preparo: misture bem.
Aplicação: 1 vez por semana, de preferência em dias nublados ou no fim da tarde.

---

5. Armadilha para **lesmas e caracóis**

- 1 copo de plástico ou pote
- Cerveja (ou mistura de água com farelo de trigo)

Preparo: enterre o copo no canteiro, deixando a borda de fora, e coloque a cerveja.
Aplicação: à noite. As lesmas são atraídas e caem. Descarte pela manhã.

---

6. **Cinza de madeira** (repelente e fertilizante)

Contra: formigas, lesmas, fungos iniciais

- Cinzas de madeira não tratada (ex: de fogão a lenha)

Uso: polvilhe ao redor das plantas ou na terra.
Importante: não usar em excesso (pode alterar o pH do solo).

---

7. Calda **bordalesa** (fungicida e bactericida forte)

Indicada para: doenças como ferrugem, antracnose, míldio, mancha-preta

- 100 g de **sulfato de cobre (pedra azul)**
- 100 g de **cal virgem**
- 10 litros de **água limpa**

Preparo:

1. Dissolva o sulfato de cobre em 5 L de água num balde plástico.
2. Em outro balde (nunca metálico), misture a cal com 5 L de água (formará o "leite de cal").
3. Adicione a solução de cobre **lentamente** na de cal, mexendo sempre.
4. Coe antes de usar.

Aplicação: 1 vez a cada 15 dias como prevenção. Usar **no mesmo dia do preparo**.
Cuidados: aplique no final da tarde, sempre com EPIs (luvas, óculos). Nunca use metal no preparo.

---

8. Fungicida de **bicarbonato de sódio**

Matar ou prevenir fungos.

Alcaliniza a superficie das folhas, fungos não germinam e não infectam, não espalha para as outras plantas.

Indicado para: pinta preta da roseira, oídio no tomate,

Preparo:

1 colher de chá rasa de bicarbonato de sódio

1 litro água

Aplicação: Pulverizar 1 x por semana

Outras soluções da agricultura orgânica:

Óleo de Neem (pronto para uso ou diluído)

- Mata e repele pulgões, ácaros, cochonilhas, lagartas.
- É biodegradável e aceito por certificadoras orgânicas.

Como usar: diluir conforme indicado na embalagem e aplicar no final da tarde.

Calda de fumo (uso eventual)

Contra: pulgões, lagartas, cochonilhas

- 100 g de fumo de corda picado
- 1 litro de água
- 1 colher de sabão neutro (opcional)

Preparo: deixe o fumo de molho por 24h, coe e adicione sabão.
Atenção: use com moderação! Pode ser tóxico para insetos benéficos.

🫧 Sabão de coco em calda

Contra: insetos de carapaça (cochonilhas e ácaros)

- 1 colher (sopa) de sabão de coco ralado
- 1 litro de água morna

Preparo: misture até dissolver.
Aplicação: pulverize nas folhas infestadas, no fim da tarde.

📌 Cuidados gerais:

- Sempre teste a mistura numa folha antes de aplicar em toda a planta.
- Nunca aplique sob sol forte.
- Reaplique após chuvas.
- Use máscara e luvas se possível.
- Evite uso contínuo das mesmas caldas – alterne!

8.6. Prevenção a quedas e riscos

TREINAMENTO CBMSC

CAPIVARI DE BAIXO - SC


EMERGÊNCIA
193
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SANTA CATARINA
BOMBEIROS
BOMBEIROS

O QUE SÃO OS PRIMEIROS SOCORROS

COMO ACIONAR AS EQUIPES DE EMERGÊNCIAS

O QUE SÃO OS PRIMEIROS SOCORROS

- Os **primeiros socorros** podem ser também conceituados como as medidas iniciais e imediatas aplicadas a uma vítima fora do ambiente hospitalar, executadas por pessoas treinadas para realizar a manutenção dos sinais vitais e evitar o agravamento das lesões já existentes.

- Ao prestar os **primeiros socorros** a uma pessoa que sofreu acidente ou uma intercorrência clínica, deve-se observar os seguintes **princípios básicos**:

NÚMEROS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA (SEM)

- .



PREVENÇÃO DE ACIDENTE DOMÉSTICO

IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR

Identificar riscos de acidente no lar é fundamental para garantir a segurança de todos os moradores, especialmente idosos e pessoas com mobilidade reduzida. A seguir, apresento uma lista por cômodo com os principais riscos e sugestões de prevenção:

IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR





IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR



IDENTIFICANDO OS RISCOS DO LAR

✅ Dicas Gerais de Segurança

Mantenha um kit de primeiros socorros acessível.
Realize inspeções periódicas para corrigir falhas.
Evitar que idosos fiquem sozinhos.

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA NO LAR

Mantenha o ambiente organizado: Evite objetos espalhados pelo chão, como tapetes soltos, que podem causar tropeços e quedas.

Iluminação adequada: Certifique-se de que todos os cômodos estejam bem iluminados, especialmente corredores e escadas, para facilitar a visão.

Instale barras de apoio: Coloque barras de apoio no banheiro, na escada e em outros locais onde o idoso possa precisar de suporte.

Use tapetes antiderrapantes: Em áreas molhadas, como o banheiro e a cozinha, esses tapetes ajudam a evitar escorregões.

RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA NO LAR

Cuide da mobilidade: Mantenha os móveis bem posicionados e com espaço suficiente para circulação, além de verificar se o calçado é confortável e antiderrapante.

Realize revisões periódicas: Revise pisos escorregadios ou qualquer risco potencial e corrija rapidamente.

Fraturas

Fraturas

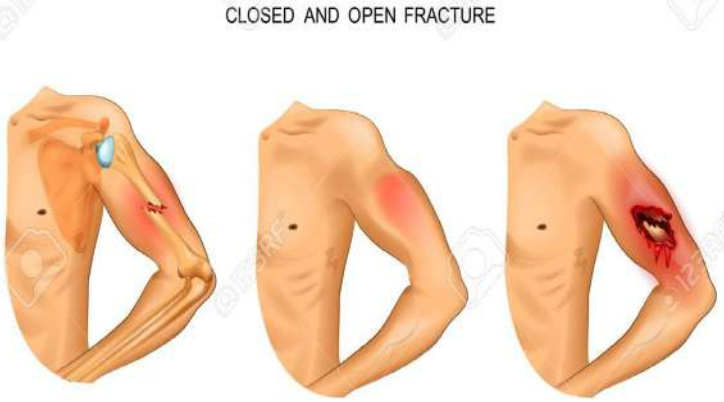
Entorse: é uma lesão em que os ligamentos são estirados ou lacerados. As entorses são causadas por uma súbita torção da articulação além da amplitude de movimento normal.

Luxação: ocorre quando há a separação de dois ossos na articulação, resultante da ruptura significativa dos ligamentos que normalmente oferecem estrutura de suporte e estabilidade a uma articulação.

Fraturas: Uma fratura pode ser conceituada como o trincamento ou a perda da continuidade de uma estrutura óssea.

Fraturas

Os sinais e sintomas de uma fratura fechada podem incluir hematoma, deformidade, edema, hipersensibilidade, dor, crepitação e impotência funcional total na extremidade lesionada.



Fraturas



APH – CONTROLE DE HEMORRAGIA

HEMORRAGIAS EXTERNAS

As hemorragias externas ocorrem devido a ferimentos abertos e podem ocorrer de três formas:

- **Arterial**: faz jorrar sangue pulsátil e de cor vermelho vivo.
- **Venosa**: o sangue sai lento e contínuo, com cor vermelho escuro.
- **Capilar**: o sangue sai lentamente por vasos menores, sendo sua coloração menos viva que na hemorragia arterial.

HEMORRAGIAS EXTERNAS



COMPRESSÃO DIRETA





Uso da pressão direta

A primeira tentativa de controlar a hemorragia deve ser sempre a pressão direta, esta deve ser aplicada apenas em ferimentos que não possuem evidências de fratura exposta. Também não deve ser aplicada em situações muito graves, como por exemplo mutilações.

Uso do Curativo Compressivo

Caso você constate que a vítima possui um sangramento muito ativo no qual apenas a compressão direta não esteja sendo efetiva para o estancamento, devemos aplicar no local do ferimento um curativo compressivo, que fará o mesmo processo da compressão direta aplicando pressão sobre o ferimento, assim dará a possibilidade de quem estava efetuando a pressão direta auxiliar em outras questões neste atendimento ou, se for o caso, atender outras vítimas.

Para a aplicação do curativo compressivo de modo rápido e efetivo, o processo deve ocorrer da seguinte forma:

- aplique gaze ou pano limpo diretamente no ferimento (esta primeira gaze só será removida no hospital);
- enrole as ataduras aplicando uma pressão equivalente à compressão direta;
- acionamento do SEM (Sistema de Emergência Médica).

OBRIGADO



FIM

9. Relatório Financeiro

PRESTAÇÃO DE CONTAS

FEVEREIRO- JULHO

Saúde na linha dos olhos

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Fevereiro/2025

Saldo bruto em **31/01/2025**	R$ 37.299,20
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 6.299,66
IR sobre resgates no mês:	R$ 176,85
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 348,44
Saldo bruto em **28/02/2025**:	R$ 31.171,13

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
31/01/2025	Saldo Anterior	R$ 31.695,70	R$ 5.603,50	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
20/02/2025	Resgate	R$ 5.465,89	R$ 1.010,62	R$ 176,85	R$ 0,00	R$ 6.299,66
28/02/2025	Saldo Final	R$ 26.229,81	R$ 4.941,32	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

☐ Visualizar Pix agrupados

BB Cash - Conta corrente - Consulta autorizaveis - Extrato de conta corrente

G338051632759691010
05/03/2025 16:36:48

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7 ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	02 / 2025

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
06/12/2023		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.001	123,00 D	
				20/02 13:34 VILSON MATERIAIS PARA CONS			
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.002	480,00 D	
				20/02 13:34 PATRICIO AGROPECUARIA EIRE			
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.003	250,00 D	
				20/02 13:34 PATRICIO AGROPECUARIA EIRE			
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.004	3.200,00 D	
				20/02 13:34 DENISE FACCIN			
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.005	1.346,66 D	
				20/02 13:34 DARLAN GILMAR OHLWEILER 08			
20/02/2025		0000	13105	Pix - Enviado	22.006	900,00 D	
				20/02 13:34 52 878 836 ADRIELE BENEDET			
20/02/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	6.299,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
28/02/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

***** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA *****

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

VILSON MODOLON NANDI

Rua Sao Joao, 1879 - Sao João (Margem Esquerda) -
CEP 88708-001 - Tubarao - SC
TEL (48)3628-0795 - FAX (48)3628-0795
https://www.djpdv.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000002767 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
4225 0281 8134 2000 0199 5500 1000 0027 6712 1242 7601

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS	242250041978795 03/02/2025 15:36:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
251996468		81.813.420/0001-99

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	03/02/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
AV. GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745-000	03/02/2025
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Capivari de Baixo		SC		15:36:00

FATURA

NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
2767	123,00	0,00	123,00

DADOS DA FATURA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	18/02/2025	123,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	41,33	123,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	PERC.(%) DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
7394	LONA PLASTICA PRETA 4X100	39259090	0500	5405	MT	30,000	4,100	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PV: 0000070448 Imp. Federais: 20,42 Estaduais: 20,91 Municipais: 0,00 Fonte: IBPT - B391D4 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional MD-5:5AA6AEFF7518593766310 60EF2A86125	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:39:25

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.25
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201339334958360 39
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                R$123,00
TARIFA:                                 R$1,21
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Vilson Materiais Para Construcao
CNPJ: 81.813.420/0001-99
CHAVE PIX: 81813420000199
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 00000000000000067857
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
================================================
DOCUMENTO: 022001
AUTENTICACAO SISBB:        C.0EA.3CF.AAA.301.F16
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

RECEBEMOS DE AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.
EMISSÃO: 13/02/2025 TOTAL NFe: 480,00 ASSOCIACAO JORGE LACERDA

DATA DE RECEBIMENTO	NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO RECEBEDOR	RG / CPF

NF-e
Nº: 90
SÉRIE: 1

AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA

ROD NORBERTO BRUNATO, 1746
SAO JOAO (MARGEM DIREITA)
TUBARAO - SC
CEP: 88702-803

FONE: 48988542053

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 90
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4225 0217 2910 4600 0100 5500 1000 0000 9014 6000 3394

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	242250056277639 2025-02-13T09:57:26-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
256925011		17.291.046/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA	12.606.501/0001-03	13/02/2025

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
Av. General Osvaldo Pinto da Veiga, 01	Centro	88745-000	13/02/2025

MUNICÍPIO	UF	FONE	E-MAIL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
CAPIVARI DE BAIXO	SC	48996823449	financeiro@parquediamanteener		10:00:00

FATURA / DUPLICATA

90/1 14/02/2025 480,00										

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	480,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	480,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	3-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS %	ALÍQUOTA IPI %
2510	TERRA ADUBADA 25 KG	31010000	102	5102	SC	20	24,0000	480,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor Aproximado Tributos R$ 20.16 (4.2%) Fonte: IBPT	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:39:40

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.40
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201340012140173 61
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$480,00
TARIFA:                                   R$4,75
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Patricio Agropecuaria Eireli  Me
CNPJ: 17.291.046/0001-00
CHAVE PIX: 17291046000100
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 00000000000000096784
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
================================================
DOCUMENTO: 022002
AUTENTICACAO SISBB:        9.DBA.7D9.31D.98A.325
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

RECEBEMOS DE AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.
EMISSÃO: 13/02/2025 TOTAL NFe: 250,00 ASSOCIACAO JORGE LACERDA

DATA DE RECEBIMENTO	NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO RECEBEDOR	RG / CPF

NF-e
Nº: 89
SÉRIE: 1

AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA

ROD NORBERTO BRUNATO, 1746
SAO JOAO (MARGEM DIREITA)
TUBARAO - SC
CEP: 88702-803

FONE: 48988542053

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 89
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4225 0217 2910 4600 0100 5500 1000 0000 8918 2950 9954

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	242250056273781 2025-02-13T09:55:29-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
256925011		17.291.046/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA	12.606.501/0001-03	13/02/2025

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
Av. General Osvaldo Pinto da Veiga, 01	Centro	88745-000	13/02/2025

MUNICÍPIO	UF	FONE	E-MAIL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
CAPIVARI DE BAIXO	SC	48996823449	financeiro@parquediamanteener		09:57:00

FATURA / DUPLICATA

89/1
14/02/2025
250,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	3-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS %	ALÍQUOTA IPI %
2514	LUVA TRICOT. PIGMEN. 4 FIOS IMBAT	61161000	102	5102	PAR	50	5,0000	250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor Aproximado Tributos R$ 33.62 (13.45%) Fonte: IBPT	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:39:55

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.55
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201340559158330 88
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$250,00
TARIFA:                                   R$2,47
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Patricio Agropecuaria Eireli  Me
CNPJ: 17.291.046/0001-00
CHAVE PIX: 17291046000100
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 00000000000000096784
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
================================================
DOCUMENTO: 022003
AUTENTICACAO SISBB:        A.8BA.579.5B9.239.71C
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000225025199713207

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
2	18/02/2025	18/02/2025 16:55:05
Número da DPS	**Série da DPS**	**Data e Hora da emissão da DPS**
2	900	18/02/2025 16:55:05

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
57.612.009/0001-70	-	(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO	Tubarão - SC	88701-001

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.	-	Capivari de Baixo - SC	-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Capivari de Baixo - SC	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 3.200,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	**COFINS**	**Retenção do PIS/COFINS**	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL**
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 3.200,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 3.200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:40:10

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.40.10
8279108279                                  0001
               Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201344056496803 22
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$3.200,00
TARIFA:                                R$10,00
DATA:                      20/02/2025 - 13:34:30
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:34
================================================
DOCUMENTO: 022004
AUTENTICACAO SISBB:        1.B86.5AA.D7A.1A6.EBD
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	**0000286**
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	17/02/2025 09:53:23
DATA DO FATO GERADOR	17/02/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº n 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL **1.346,66**

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,7731 %**	**1.346,66**	**37,34**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 35b51a09e9736070ae9f9c7eea5958de
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

Recebi(emos) de **VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000286.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL
0000286

BAUHAUS SISTEMAS ®

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:40:30

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.40.30
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201344321878719 91
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                               R$1.346,66
TARIFA:                                 R$10,00
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:31
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Darlan Gilmar Ohlweiler 08760689994
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000000893493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:34
================================================
DOCUMENTO: 022005
AUTENTICACAO SISBB:        4.191.4B4.E80.CA6.135
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000002425026019585351

Número da NFS-e
24

Competência da NFS-e
20/02/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
20/02/2025 09:56:30

Número da DPS
24

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
20/02/2025 09:56:30

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:40:49

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.40.49
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201344592520644l5
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:31
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52 878 836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000060554207 68
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:34
================================================
DOCUMENTO: 022006
AUTENTICACAO SISBB:        7.F5F.031.323.08D.BB6
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Março/2025

Saldo bruto em **28/02/2025**	R$ 31.171,13
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 6.421,16
IR sobre resgates no mês:	R$ 187,00
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 209,16
Saldo bruto em **25/03/2025**:	R$ 24.772,13

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
28/02/2025	Saldo Anterior	R$ 26.229,81	R$ 4.941,32	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
13/03/2025	Resgate	R$ 4.700,30	R$ 904,67	R$ 158,31	R$ 0,00	R$ 5.446,66
20/03/2025	Resgate	R$ 839,21	R$ 163,98	R$ 28,69	R$ 0,00	R$ 974,50
25/03/2025	Saldo Final	R$ 20.690,30	R$ 4.081,83	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

☐ Visualizar Pix agrupados

BB Cash - Conta corrente - Consulta autorizaveis - Extrato de conta corrente

G3352516086918831
25/03/2025 16:23:11

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7 ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
20/02/2025		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
13/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	31.301	3.200,00 D	
				13/03 13:53 DENISE FACCIN			
13/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	31.302	1.346,66 D	
				13/03 13:53 DARLAN GILMAR OHLWEILER 08			
13/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	31.303	900,00 D	
				13/03 13:53 52 878 836 ADRIELE BENEDET			
13/03/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	5.446,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
20/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	32.001	200,00 D	
				20/03 19:09 FERNANDO PAULO ESCANUELA D			
20/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	32.002	160,00 D	
				20/03 19:09 GABRIELA GOULART LEITE 064			
20/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	32.003	25,00 D	
				20/03 19:09 GABRIELA GOULART LEITE 064			
20/03/2025		0000	13105	Pix - Enviado	32.004	589,50 D	
				20/03 19:09 JPA CONSTRUCOES			
20/03/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	974,50 C	0,00 C
				Rende Facil			
25/03/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

Invest. Resgate Autom.	24.057,81 C
Saldo	24.057,81 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	31/03/2025
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/04/2025

Saldo de fundos de investimento

BB RENDE FACIL	24.772,13

***** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA *****

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000325030722413366

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
3	06/03/2025	06/03/2025 10:16:46
Número da DPS	**Série da DPS**	**Data e Hora da emissão da DPS**
3	900	06/03/2025 10:16:46

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
57.612.009/0001-70	-	(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO	Tubarão - SC	88701-001

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.	-	Capivari de Baixo - SC	-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Capivari de Baixo - SC	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 3.200,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	**COFINS**	**Retenção do PIS/COFINS**	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL**
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 3.200,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 3.200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3322113302328691
21/03/2025 13:42:09

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.42.09
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202503131423236610457 33
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$3.200,00
TARIFA:                                R$10,00
DATA:                       13/03/2025 - 13:53:57
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 13/03/2025 - 13:53:58
================================================
DOCUMENTO: 031301
AUTENTICACAO SISBB:        7.BAC.483.984.F62.971
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	**0000293**
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	05/03/2025 16:46:21
DATA DO FATO GERADOR	05/03/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº n 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL **1.346,66**

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,7762 %**	**1.346,66**	**37,39**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - b4fa718915d5c2e869072c3637306a8e
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

Recebi(emos) de **VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000293.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL
0000293

BAUHAUS SISTEMAS ®

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3322113302328691
21/03/2025 13:41:51

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.41.51
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202503131424032121432 80
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                               R$1.346,66
TARIFA:                                 R$10,00
DATA:                       13/03/2025 - 13:53:58
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Darlan Gilmar Ohlweiler 08760689994
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000000089493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 13/03/2025 - 13:54:00
================================================
DOCUMENTO: 031302
AUTENTICACAO SISBB:        B.D89.C00.490.BE7.3EF
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000002625035961498910

Número da NFS-e
26

Competência da NFS-e
11/03/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
11/03/2025 16:44:56

Número da DPS
26

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
11/03/2025 16:44:56

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3322113302328691
21/03/2025 13:41:21

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.41.21
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202503131424583800251 46
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       13/03/2025 - 13:53:58
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52 878 836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000006055420768
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 13/03/2025 - 13:53:59
================================================
DOCUMENTO: 031303
AUTENTICACAO SISBB:        B.7C7.99B.8CC.036.D39
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072256260485000107000000000000125036583754970

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
1	17/03/2025	17/03/2025 19:34:57

Número da DPS	Série da DPS	Data e Hora da emissão da DPS
1	900	17/03/2025 19:34:57

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
56.260.485/0001-07	-	(48) 9952-2907

Nome / Nome Empresarial
56.260.485 FERNANDO PAULO ESCANUELA DE OLIVEIRA

E-mail
FERNANDO.ESCANUELA65@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
EXPEDICIONARIO JOSE PEDRO COELHO, 2042, REVOREDO	Tubarão - SC	88704-761

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
03.03.05 - Exploração de parques de diversões e congêneres, para rea...	-	Tubarão - SC	-

Descrição do Serviço
vendas mudas hortaliças

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Tubarão - SC	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 200,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	**COFINS**	**Retenção do PIS/COFINS**	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL**
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 200,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.40.38
8279108279 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA: 503-7

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202503201454586548115539
CNPJ DO PAGADOR: 12.606.501/0001-03
VALOR: R$200,00
TARIFA: R$0,00
DATA: 20/03/2025 - 19:09:09

PAGO PARA: Fernando e Oliveira
CPF: ***.844.470-**
CHAVE PIX: 42684447004
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 0201 - CONTA: 000000000051006169OO
TIPO DE CONTA: Conta Poupanca

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:12

==========

DOCUMENTO: 032001
AUTENTICACAO SISBB: D.AFB.4DC.965.4AF.5A1

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

RECEBEMOS DE 35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº: 9607497 Série: 890 CNPJ: 35.515.968/0001-35
DATA DE RECEBIMENTO	**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR**	

35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE

JACATIRAO, 258 - POTECAS, SÃO JOSÉ, SC - CEP: 88119414 - Fone/Fax: 0489986218

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº: 9607497

SÉRIE: 890

FOLHA: 1/1

CHAVE ACESSO

42250382951310000156558900096074971372890507

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**
Venda de Mercadoria	242250099094830 - 17/03/2025 12:27:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CPF/CNPJ**
260611565		35.515.968/0001-35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			**CPF/CNPJ**	**DATA DA EMISSÃO**
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	17/03/2025 12:24:00
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV GEN OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745000	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO (BRASIL)		SC		

FATURAS E DUPLICATAS

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	**VALOR DO ICMS**	**BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST**	**VALOR DO ICMS ST**	**VALOR TOTAL DOS PRODUTOS**
0,00	0,00	0,00	0,00	160,00

VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	160,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	**FRETE POR CONTA**	**CÓDIGO ANTT**	**PLACA DO VEÍCULO**	**UF**	**CNPJ/CPF**
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**

												ALÍQUOTA	
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**NCM/SH**	**CST**	**CFOP**	**UNID.**	**QTD.**	**VLR. UNIT.**	**VLR. TOTAL**	**BC ICMS**	**VLR. ICMS**	**VLR. IPI**	**ICMS**	**IPI**
BIO01	BIOFERTILIZANTE LÍQUIDO GARRAFA 5L	06029029	4400	5101	GARRAF	8,0000	20,0000	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS**	**BASE DE CÁLCULO DO ISSQN**	**VALOR DO ISSQN**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	**RESERVADO AO FISCO**

Emissão de comprovantes - Autorizável

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.38.20
8279108279 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA: 503-7

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202503201455295589299 55
CNPJ DO PAGADOR: 12.606.501/0001-03
VALOR: R$160,00
TARIFA: R$1,58
DATA: 20/03/2025 - 19:09:12

PAGO PARA: Gabriela Goulart Leite 06445526977
CNPJ: 35.515.968/0001-35
CHAVE PIX: 35515968000135
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000140212620
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:13

==========

DOCUMENTO: 032002
AUTENTICACAO SISBB: 9.8F1.3A0.3CC.49A.923

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

RECEBEMOS DE 35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº: 9607526 Série: 890 CNPJ: 35.515.968/0001-35
DATA DE RECEBIMENTO	**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR**	

35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE

JACATIRAO, 258 - POTECAS, SÃO JOSÉ, SC - CEP: 88119414 - Fone/Fax: 0489986218

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº: 9607526

SÉRIE: 890

FOLHA: 1/1

CHAVE ACESSO

42250382951310000156558900096075261247722614

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	**PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO**
Venda de Mercadoria	242250099099849 - 17/03/2025 12:33:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CPF/CNPJ**
260611565		35.515.968/0001-35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			**CPF/CNPJ**	**DATA DA EMISSÃO**
ASSOCIAÇÃO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	17/03/2025 12:30:00
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV GEN OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745000	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO (BRASIL)		SC		

FATURAS E DUPLICATAS

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	**VALOR DO ICMS**	**BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST**	**VALOR DO ICMS ST**	**VALOR TOTAL DOS PRODUTOS**
0,00	0,00	0,00	0,00	25,00

VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	**FRETE POR CONTA**	**CÓDIGO ANTT**	**PLACA DO VEÍCULO**	**UF**	**CNPJ/CPF**
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**

												ALÍQUOTA	
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**NCM/SH**	**CST**	**CFOP**	**UNID.**	**QTD.**	**VLR. UNIT.**	**VLR. TOTAL**	**BC ICMS**	**VLR. ICMS**	**VLR. IPI**	**ICMS**	**IPI**
BIO01	KIT MATRIX 50UN	06029029	4400	5101	PACOTE	1,0000	25,0000	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS**	**BASE DE CÁLCULO DO ISSQN**	**VALOR DO ISSQN**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	**RESERVADO AO FISCO**

Emissão de comprovantes - Autorizável

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.38.08
8279108279 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA: 503-7

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202503201455571829229 29
CNPJ DO PAGADOR: 12.606.501/0001-03
VALOR: R$25,00
TARIFA: R$1,00
DATA: 20/03/2025 - 19:09:12

PAGO PARA: Gabriela Goulart Leite 06445526977
CNPJ: 35.515.968/0001-35
CHAVE PIX: 35515968000135
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000140212620
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:14

==========

DOCUMENTO: 032003
AUTENTICACAO SISBB: F.28B.7D2.D29.0C8.F93

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

ZENAIR TERESINHA NUNES FELIPPE ME

RUA ANTONIO LUIZ BITTENCOURT N 737 - SALA - ALVORADA
88745-000 CAPIVARI DE BAIXO - SC
48 3623-1737

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

15.720
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
4225 0320 9068 6800 0162 5500 1000 0157 2012 5218 2320

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA.		**242250086088737 07/03/2025 11:14:37**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
257.532.552		20.906.868/0001-62

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			**12.606.501/0001-03**	07/03/2025
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA
AV GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA 01	CENTRO	88745-000		**07/03/2025**
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CAPIVARI DE BAIXO	SC		ISENTO	**11:13:51**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	589,50

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,96	**589,50**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ
	1-Destinatário				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
0000470	BRITA - O METRO . .	25171000	0101	5102	MT	5	117,90	589,50	0,00	0,00		64,96

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOCUMENTO EMITIDO POR OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ART SEGUNDO INCISO 2 DA RESOLUCAO (GSN 10/2007). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E DE IPI. PERMITE O CREDITO DE ICMS DE 2.10% NO VALOR DE 12.38. (ART. 23 DA LC 123/2006. ALTERADA PELA 28/2008 - 01/01/2009) EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ENTREGUE NO PARQUE DIAMANTE ASSOCIACAO JORGE LACERDA Vendedor: JESSICA Voce pagou aproximadamente: 64,96 de tributos federais. 0,00 de tributos estaduais Fonte: IBPT	

RECEBEMOS DE ZENAIR TERESINHA NUNES FELIPPE ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 15.720. EMISSÃO: 07/03/2025 VALOR TOTAL: 589,50 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO JORGE LACERDA - AV GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA 01, CENTRO, 88745-000-CAPIVARI DE BAIXO-SC		**NF-e** **15.720** **SÉRIE 1**
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Emissão de comprovantes - Autorizável

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 - AUTOATENDIMENTO - 13.38.50
8279108279 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA: 503-7

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202503201534252639561 70
CNPJ DO PAGADOR: 12.606.501/0001-03
VALOR: R$589,50
TARIFA: R$5,83
DATA: 20/03/2025 - 19:09:12

PAGO PARA: Jpa Construcoes
CNPJ: 20.906.868/0001-62
CHAVE PIX: 20906868000162
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2362 - CONTA: 00030000000000616469
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:14

==========

DOCUMENTO: 032004
AUTENTICACAO SISBB: 4.99C.D0C.91D.578.6BA

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e Demais canais de atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Abril/2025

Saldo bruto em **31/03/2025**	R$ 24.824,23
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 5.646,66
IR sobre resgates no mês:	R$ 171,49
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 214,15
Saldo bruto em **30/04/2025**:	R$ 19.220,23

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
31/03/2025	Saldo Anterior	R$ 20.690,30	R$ 4.133,93	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
03/04/2025	Resgate	R$ 3.515,09	R$ 708,97	R$ 124,06	R$ 0,00	R$ 4.100,00
10/04/2025	Resgate	R$ 1.323,06	R$ 271,03	R$ 47,43	R$ 0,00	R$ 1.546,66
30/04/2025	Saldo Final	R$ 15.852,15	R$ 3.368,08	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

Impresso em 14/05/2025 às 16:56

☐ Visualizar Pix agrupados

BB Cash - Conta corrente - Consulta autorizaveis - Extrato de conta corrente

G333141650806026005
14/05/2025 16:55:13

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7 ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	04 / 2025

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
20/03/2025		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
03/04/2025		0000	13105	Pix - Enviado	40.301	900,00 D	
				03/04 14:08 52 878 836 ADRIELE BENEDET			
03/04/2025		0000	13105	Pix - Enviado	40.302	3.200,00 D	
				03/04 14:08 DENISE FACCIN			
03/04/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	4.100,00 C	0,00 C
				Rende Facil			
10/04/2025		0000	13105	Pix - Enviado	41.001	200,00 D	
				10/04 17:15 FLORICULTURA CASA DAS FLOR			
10/04/2025		0000	13105	Pix - Enviado	41.002	1.346,66 D	
				10/04 17:15 DARLAN GILMAR OHLWEILER 08			
10/04/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	1.546,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
30/04/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

***** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA *****

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000002825048409454001

Número da NFS-e
28

Competência da NFS-e
03/04/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
03/04/2025 09:40:40

Número da DPS
28

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
03/04/2025 09:40:40

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3341515447721191
15/04/2025 15:54:31

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 15.54.31
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202504031424458066525O3
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       03/04/2025 - 14:08:37
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52 878 836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000006055420768
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 03/04/2025 - 14:08:38
================================================
DOCUMENTO: 040301
AUTENTICACAO SISBB:        E.314.3A4.AAB.99E.032
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000425042023110256

Número da NFS-e
4

Competência da NFS-e
02/04/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
02/04/2025 08:08:23

Número da DPS
4

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
02/04/2025 08:08:23

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
57.612.009/0001-70

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-001

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Capivari de Baixo - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 - Fundo do idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Capivari de Baixo - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 3.200,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 3.200,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 3.200,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3341515447721191
15/04/2025 15:55:08

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 15.55.08
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202504031426320741640 60
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                               R$3.200,00
TARIFA:                                 R$10,00
DATA:                       03/04/2025 - 14:08:37
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 03/04/2025 - 14:08:39
================================================
DOCUMENTO: 040302
AUTENTICACAO SISBB:        5.BE9.170.052.212.5A1
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

Recebemos de FLORICULTURA CASA DAS FLORES LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão:07/04/2025,Valor Total: R$200,00, Destinatário: ASSOCIACAO JORGE LACERDA AV, GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01 - CENTRO - CAPIVARI DE BAIXO/SC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.104
SÉRIE: 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FLORICULTURA CASA DAS FLORES LTDA

R.EXPEDICIONARIO JOSE PEDRO COELHO, 980
CENTRO - TUBARAO - SC
CEP: 88704-201 Fone: (48)3622-3296

DANFE
Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.001.104
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
4225 0480 9362 0600 0167 5500 1000 0011 0410 0132 1727

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS NFE		242250129245185 07/04/2025 09:01:47
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC.EST.DO SUBST.TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
251.751.422		80.936.206/0001-67

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF/IdEstrangeiro	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	07/04/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV, GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745-000	07/04/2025
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO		SC		10:03:52

FATURA/DUPLICATA

001 07/05/2025 R$ 200,00		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
		9-sem transp				
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
000279	ALECRIM SC	12119010	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
003956	CALDO KNOR	12119090	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
001895	CAMOMILA	07039090	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
001067	MENTA SC	06022000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0
000278	RUCULA	07051900	0102	5102	UN	200	0,20	40,00	0,00	0,00	0
000852	FUNCHO	06012000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0
001485	CEBOLA FOLHA SC	07031019	0102	5102	UN	14	5,00	70,00	0,00	0,00	0
002877	QUIABO	06022000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox RS: 26,90 Federal e 26,00 Estadual Fonte:IBPT 1906AA VENDEDOR: 53 - MIKAELI	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3341515447721191
15/04/2025 15:55:20

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 15.55.20
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202504101350503820887O6
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                 R$200,00
TARIFA:                                  R$0,00
DATA:                       10/04/2025 - 17:15:31
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Floricultura Casa das Flores Ltda
CNPJ: 80.936.206/0001-67
CHAVE PIX: 80936206000167
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 0201 - CONTA: 00000000000000429813
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 10/04/2025 - 17:15:32
================================================
DOCUMENTO: 041001
AUTENTICACAO SISBB:        1.4E3.EEF.E56.C96.ED7
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	**0000306**
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	04/04/2025 12:21:53
DATA DO FATO GERADOR	04/04/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº n 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL **1.346,66**

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,7835 %**	**1.346,66**	**37,48**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - c4a6d0db3629a9a891542d0f14059708
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

Recebi(emos) de **VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000306.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL
0000306

BAUHAUS SISTEMAS ®

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3341515447721191
15/04/2025 15:55:42

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 15.55.42
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202504101351148120860 58
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$1.346,66
TARIFA:                               R$10,00
DATA:                      10/04/2025 - 17:15:31
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Darlan Gilmar Ohlweiler 08760689994
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000000089493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 10/04/2025 - 17:15:33
================================================
DOCUMENTO: 041002
AUTENTICACAO SISBB:        2.873.4ED.E88.644.39B
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Maio/2025

Saldo bruto em **30/04/2025**	R$ 19.220,23
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 5.446,66
IR sobre resgates no mês:	R$ 175,06
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 173,32
Saldo bruto em **30/05/2025**:	R$ 13.771,83

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
30/04/2025	Saldo Anterior	R$ 15.852,15	R$ 3.368,08	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
08/05/2025	Resgate	R$ 3.480,72	R$ 750,64	R$ 131,36	R$ 0,00	R$ 4.100,00
15/05/2025	Resgate	R$ 1.140,62	R$ 249,74	R$ 43,70	R$ 0,00	R$ 1.346,66
30/05/2025	Saldo Final	R$ 11.230,81	R$ 2.541,02	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

☐ Visualizar Pix agrupados

BB Cash - Conta corrente - Consulta autorizaveis - Extrato de conta corrente

G333162152372666006
17/06/2025 00:06:10

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7 ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	05 / 2025

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
10/04/2025		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
08/05/2025		0000	13105	Pix - Enviado	50.801	3.200,00 D	
				08/05 15:12 DENISE FACCIN			
08/05/2025		0000	13105	Pix - Enviado	50.802	900,00 D	
				08/05 15:12 52 878 836 ADRIELE BENEDET			
08/05/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	4.100,00 C	0,00 C
				Rende Facil			
15/05/2025		0000	13105	Pix - Enviado	51.501	1.346,66 D	
				15/05 15:34 VRB ASSESSORIA DE MARKETIN			
15/05/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	1.346,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
31/05/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

***** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA *****

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000525053064394878

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
5	05/05/2025	05/05/2025 10:25:44

Número da DPS	Série da DPS	Data e Hora da emissão da DPS
5	900	05/05/2025 10:25:43

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
57.612.009/0001-70	-	(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO	Tubarão - SC	88701-001

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.	-	Capivari de Baixo - SC	-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Capivari de Baixo - SC	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 3.200,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	**COFINS**	**Retenção do PIS/COFINS**	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL**
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 3.200,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 3.200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3331621523726661
17/06/2025 00:09:46

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/06/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 00.09.46
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202505081432086821738O4
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                               R$3.200,00
TARIFA:                                 R$10,00
DATA:                       08/05/2025 - 15:12:36
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 08/05/2025 - 15:12:37
================================================
DOCUMENTO: 050801
AUTENTICACAO SISBB:        A.2CE.110.2E8.FF9.381
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000003025052348833670

Número da NFS-e
30

Competência da NFS-e
06/05/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
06/05/2025 15:08:33

Número da DPS
30

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
06/05/2025 15:08:33

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3331621523726661
17/06/2025 00:10:03

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/06/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 00.10.03
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202505081432302009791 56
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       08/05/2025 - 15:12:36
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52 878 836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000006055420768
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 08/05/2025 - 15:12:37
================================================
DOCUMENTO: 050802
AUTENTICACAO SISBB:        D.07F.0E2.EF7.39A.485
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	**0000318**
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	07/05/2025 12:22:40
DATA DO FATO GERADOR	07/05/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº N 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL **1.346,66**

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,8052 %**	**1.346,66**	**37,78**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 910dd32f26b4d540d66c318030bd54d8
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

Recebi(emos) de **VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000318.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL
0000318

BAUHAUS SISTEMAS ®

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3331621523726661
17/06/2025 00:10:18

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/06/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 00.10.18
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202505151422047051519 98
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$1.346,66
TARIFA:                               R$10,00
DATA:                      15/05/2025 - 15:34:42
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Vrb Assessoria de Marketing Ltda
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000000089493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 15/05/2025 - 15:34:43
================================================
DOCUMENTO: 051501
AUTENTICACAO SISBB:        B.89B.83C.29D.EB4.F20
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Junho/2025

Saldo bruto em **30/05/2025**	R$ 13.771,83
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 5.446,66
IR sobre resgates no mês:	R$ 184,52
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 108,42
Saldo bruto em **30/06/2025**:	R$ 8.249,07

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
30/05/2025	Saldo Anterior	R$ 11.230,81	R$ 2.541,02	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
05/06/2025	Resgate	R$ 3.448,68	R$ 789,47	R$ 138,15	R$ 0,00	R$ 4.100,00
18/06/2025	Resgate	R$ 1.128,02	R$ 265,01	R$ 46,37	R$ 0,00	R$ 1.346,66
30/06/2025	Saldo Final	R$ 6.654,11	R$ 1.594,96	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

G3311714493260281
17/07/2025 14:53:06

Extrato de conta corrente - Autorizável

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	06 / 2025

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
15/05/2025		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
05/06/2025		0000	13105	Pix - Enviado	60.501	3.200,00 D	
				05/06 16:14 DENISE FACCIN			
05/06/2025		0000	13105	Pix - Enviado	60.502	900,00 D	
				05/06 16:14 52.878.836 ADRIELE BENEDET			
05/06/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	4.100,00 C	0,00 C
				Rende Facil			
18/06/2025		0000	13105	Pix - Enviado	61.801	1.346,66 D	
				18/06 16:17 VRB ASSESSORIA DE MARKETIN			
18/06/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	1.346,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
30/06/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

```
         *** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA ***
-------------------------------------------------
                   OBSERVAÇÕES:
-------------------------------------------------
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000625066110943242

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
6	03/06/2025	03/06/2025 09:21:10

Número da DPS	Série da DPS	Data e Hora da emissão da DPS
6	900	03/06/2025 09:21:10

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
57.612.009/0001-70	-	(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO	Tubarão - SC	88701-001

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.	-	Capivari de Baixo - SC	-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Capivari de Baixo - SC	Nenhum

Tipo de Imunidade	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN	Número Processo Suspensão	Benefício Municipal
-	Não	-	-

Valor do Serviço	Desconto Incondicionado	Total Deduções/Reduções	Cálculo do BM
R$ 3.200,00	-	-	-

BC ISSQN	Alíquota Aplicada	Retenção do ISSQN	ISSQN Apurado
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	

PIS	COFINS	Retenção do PIS/COFINS	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 3.200,00	R$	R$	-

IRRF, CP,CSLL - Retidos	PIS/COFINS Retidos	Valor Líquido da NFS-e
R$ 0,00	-	**R$ 3.200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.06.06
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202506051302177670262O6
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$3.200,00
TARIFA:                                R$10,00
DATA:                      05/06/2025 - 16:14:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 05/06/2025 - 16:14:02
================================================
DOCUMENTO: 060501
AUTENTICACAO SISBB:        5.002.AB8.C93.CD7.131
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas   nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000003225065494594625

Número da NFS-e
32

Competência da NFS-e
03/06/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
03/06/2025 14:21:50

Número da DPS
32

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
03/06/2025 14:21:49

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3351714011731891
17/07/2025 14:06:58

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.06.58
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202506051302445982050 37
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       05/06/2025 - 16:14:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52.878.836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000060554207 68
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 05/06/2025 - 16:14:02
================================================
DOCUMENTO: 060502
AUTENTICACAO SISBB:        A.BDA.D91.853.EB8.C7D
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	NÚMERO RPS	DATA DE EMISSÃO NOTA	DATA DO FATO GERADOR
0000333		16/06/2025 15:25:42	16/06/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº N 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL
1.346,66

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,8052 %**	**1.346,66**	**37,78**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - c5c2821c1ebe0043120a49c36b65e7a1

ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

- - - -

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3351714011731891
17/07/2025 14:07:11

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.07.10
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202506181738270227690 37
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$1.346,66
TARIFA:                               R$10,00
DATA:                      18/06/2025 - 16:17:59
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Vrb Assessoria de Marketing Ltda
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000000893493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 18/06/2025 - 16:18:02
================================================
DOCUMENTO: 061801
AUTENTICACAO SISBB:        E.1DA.986.D25.79B.D13
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Julho/2025

Saldo bruto em **30/06/2025**	R$ 8.249,07
Aplicações no mês:	R$ 2.564,10
Resgates líquidos no mês:	R$ 8.010,76
IR sobre resgates no mês:	R$ 271,77
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 34,02
Saldo bruto em **24/07/2025**:	R$ 2.564,66

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
30/06/2025	Saldo Anterior	R$ 6.654,11	R$ 1.594,96	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
03/07/2025	Resgate	R$ 3.418,26	R$ 826,35	R$ 144,61	R$ 0,00	R$ 4.100,00
10/07/2025	Resgate	R$ 1.120,09	R$ 274,62	R$ 48,05	R$ 0,00	R$ 1.346,66
18/07/2025	Liquidação	R$ 2.115,76	R$ 527,45	R$ 79,11	R$ 0,00	R$ 2.564,10
18/07/2025	Aplicação	R$ 2.564,10	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 2.564,10
24/07/2025	Saldo Final	R$ 2.564,10	R$ 0,56	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

Impresso em 24/07/2025 às 18:15

G3342418057873831
24/07/2025 18:17:54

Extrato de conta corrente - Autorizável

Cliente - Conta atual

Agência	8279-1
Conta corrente	503-7ASSOCIACAO LINHA OLHOS
Período do extrato	Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
18/06/2025		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
03/07/2025		0000	13105	Pix - Enviado	70.301	3.200,00 D	
				03/07 17:31 DENISE FACCIN			
03/07/2025		0000	13105	Pix - Enviado	70.302	900,00 D	
				03/07 17:31 52.878.836 ADRIELE BENEDET			
03/07/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	4.100,00 C	0,00 C
				Rende Facil			
10/07/2025		0000	13105	Pix - Enviado	71.001	1.346,66 D	
				10/07 13:23 VRB ASSESSORIA DE MARKETIN			
10/07/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	1.346,66 C	0,00 C
				Rende Facil			
18/07/2025		0000	14325	Liquidação BB Rende Fácil	101.990.800.129.035	2.564,10 C	
18/07/2025		0000	00000	BB Rende Fácil	9.903	2.564,10 D	0,00 C
				Rende Facil			
24/07/2025		0000	00000	S A L D O			0,00 C

Invest. Resgate Autom.	2.564,20C
Saldo	2.564,20C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	31/07/2025
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/08/2025

Saldo de fundos de investimento	
BB RENDE FACIL	2.564,66

```
------------------------------------------------
         *** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA ***
------------------------------------------------
                  OBSERVAÇÕES:
------------------------------------------------
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072257612009000170000000000000725072002737465

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
7	01/07/2025	01/07/2025 09:00:26

Número da DPS	Série da DPS	Data e Hora da emissão da DPS
7	900	01/07/2025 09:00:26

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
57.612.009/0001-70	-	(48) 9676-9212

Nome / Nome Empresarial
57.612.009 DENISE FACCIN

E-mail
DENISEFACCIN@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
MARCOLINO MARTINS CABRAL, 1488, CENTRO	Tubarão - SC	88701-001

Simples Nacional na Data de Competência	Regime de Apuração Tributária pelo SN
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)	-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
12.606.501/0001-03	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO	Capivari de Baixo - SC	88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
07.11.02 - Jardinagem, inclusive corte e poda de árvores.	-	Capivari de Baixo - SC	-

Descrição do Serviço
Biólogo/Agrônomo para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 - Fundo do Idoso

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Capivari de Baixo - SC	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 3.200,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	**COFINS**	**Retenção do PIS/COFINS**	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL**
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 3.200,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 3.200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3351714011731891
17/07/2025 14:07:46

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.07.46
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202507031411046207506 78
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                               R$3.200,00
TARIFA:                                 R$10,00
DATA:                       03/07/2025 - 17:31:08
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Denise Faccin
CPF:  ***.129.580-**
CHAVE PIX: 86d4175d-babd-483b-bccb-3268625e1814
INSTITUICAO: 60701190 ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5821 - CONTA: 00000000000000158507
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 03/07/2025 - 17:31:09
================================================
DOCUMENTO: 070301
AUTENTICACAO SISBB:        4.C8B.96C.581.AF9.E08
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072252878836000197000000000003525070509741493

Número da NFS-e
35

Competência da NFS-e
01/07/2025

Data e Hora da emissão da NFS-e
01/07/2025 16:14:49

Número da DPS
35

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
01/07/2025 16:14:49

A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
52.878.836/0001-97

Inscrição Municipal
-

Telefone
(48) 9682-3449

Nome / Nome Empresarial
52.878.836 ADRIELE BENEDET NANDI DE JESUS

E-mail
BENEDETNANDI@GMAIL.COM

Endereço
WILLY ZUMBLICK, 222, CONGONHAS

Município
Tubarão - SC

CEP
88701-824

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
12.606.501/0001-03

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

E-mail
-

Endereço
GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO

Município
Capivari de Baixo - SC

CEP
88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.02 - Planejamento, coordenação, programação ou organização fin...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tubarão - SC

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Serviços Adm/Financeiro para o projeto Saúde na linda dos olhos. IDOSO

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tubarão - SC

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 900,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 900,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NBS: 109059900

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3351714011731891
17/07/2025 14:07:57

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.07.57
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202507031411380878761l5
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$900,00
TARIFA:                                   R$8,91
DATA:                       03/07/2025 - 17:31:08
------------------------------------------------
PAGO PARA:  52.878.836 Adriele Benedet Nandi de
CNPJ: 52.878.836/0001-97
CHAVE PIX: 52878836000197
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000060554207 68
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 03/07/2025 - 17:31:09
================================================
DOCUMENTO: 070302
AUTENTICACAO SISBB:        C.585.C99.A95.0F8.9C9
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

PREFEITURA DE TUBARÃO
SECRETARIA DA FAZENDA

NOTA FISCAL	**0000342**
NÚMERO RPS	
DATA DE EMISSÃO NOTA	04/07/2025 13:55:46
DATA DO FATO GERADOR	04/07/2025

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL PRESTADOR	NOME FANTASIA PRESTADOR
VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA	**VRB ASSESSORIA DE MARKETING**

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA ANASTÁCIO THEÓFILO TEIXEIRA, Nº 1855, HUMAITÁ, TUBARÃO SC , 88704386	APT 302

Nº CPF/CNPJ	SIMPLES NACIONAL	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
38.325.316/0001-26	**SIM**	**78762**		**(48) 8809-3**	**CONTATO@VERBOONE.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME DO TOMADOR
ASSOCIACAO JORGE LACERDA

ENDEREÇO	COMPLEMENTO
RUA RUA OSVALDO PINTO DA VEIGA, Nº N 1, CENTRO , CEP 88745000, CAPIVARI DE BAIXO - SC	

Nº CPF/CNPJ	INSC. MUNICIPAL	INSC. ESTADUAL	TELEFONE	E-MAIL
12.606.501/0001-03			**(48) 9928-9**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	**1**	**Marketing para o projeto saúde na linha dos olhos 2025 Fundo do Idoso**	**1.346,66**	**1.346,66**

OBSERVAÇÕES

TOTAL GERAL **1.346,66**

	IMPOSTOS FEDERAIS					IMPOSTOS MUNICIPAIS			VALOR LÍQUIDO
RETIDO	INSS	PIS/PASEP	COFINS	IR	CSLL	ALÍQUOTA ISS	BASE DE CÁLCULO	TOTAL ISS	
NÃO	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2,8290 %**	**1.346,66**	**38,10**	**1.346,66**

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DA PRESTAÇÃO
LC116: 1706 - CNAE: 7311-4/00 - PROPAGANDA E PUBLICIDADE, INCLUSIVE PROMOÇÃO DE VENDAS, PLANEJAMENTO DE CAMPANHAS OU SISTEMAS DE PUBLICIDADE, ELABORAÇÃO DE DESENHOS, TEXTOS E DEMAIS MATERIAIS PUBLICITÁRIOS.

DESCONTOS / DEDUÇÕES

DESC. CONDICIONADO	DESC. INCONDICIONADO	DEDUÇÕES (Materiais e Outros)	OUTRAS DEDUÇÕES
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

NATUREZA DA OPERAÇÃO	RECOLHIMENTO	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (IBPT)
Tributado no Município	**ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**	**CAPIVARI DE BAIXO - SC**	**R$ 181,13 (13.45%)**

ESTE DOCUMENTO PODE SER VALIDADO NO SITE **www.prefeituramoderna.com.br**
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO - 433355502f21eb2b0c21a0a77ee5dc6a
ASSINATURA DIGITAL ANTIGA - 464ccc6e77f15cda2d2fca80e9b9f9a7

Recebi(emos) de **VRB ASSESSORIA DE MARKETING LTDA** o(s) serviço(s) indicado(s) à nota fiscal eletrônica de serviço de número **0000342.**

_____/_____/_____
Data do Recebimento

_____
Identificação e assinatura do recebedor

NÚMERO NOTA FISCAL
0000342

BAUHAUS SISTEMAS ®

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3351714011731891
17/07/2025 14:08:09

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/07/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.08.09
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202507101403026434429 56
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                              R$1.346,66
TARIFA:                                R$10,00
DATA:                      10/07/2025 - 13:23:41
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Vrb Assessoria de Marketing Ltda
CNPJ: 38.325.316/0001-26
CHAVE PIX: 38325316000126
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000089493940
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 10/07/2025 - 13:23:43
================================================
DOCUMENTO: 071001
AUTENTICACAO SISBB:        3.FFF.5E1.210.2FA.105
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 8279-1	**Conta** 503-7
Cliente ASSOCIACAO JORGE LACERDA	**CNPJ** 12.606.501/0001-03

Resumo do mês - Agosto/2025

Saldo bruto em **31/07/2025**	R$ 2.565,37
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 0,00
IR sobre resgates no mês:	R$ 0,00
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 2,97
Saldo bruto em **29/08/2025**:	R$ 2.568,34

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
31/07/2025	Saldo Anterior	R$ 2.564,10	R$ 1,27	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
29/08/2025	Saldo Final	R$ 2.564,10	R$ 4,24	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

Impresso em 08/11/2025 às 15:17

Relatório
de compras

Janeiro á julho 2025

Saúde na linha dos olhos

JANEIRO - Não houve compras

FEVEREIRO

01
VILSON MATERIAIS PARA CONSTRUÇÃO
20/02/2025 R$ 123,00
LONA



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

VILSON MODOLON NANDI

Rua Sao Joao, 1879 - Sao João (Margem Esquerda) -
CEP 88708-001 - Tubarao - SC
TEL (48)3628-0795 - FAX (48)3628-0795
https://www.djpdv.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000002767 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
4225 0281 8134 2000 0199 5500 1000 0027 6712 1242 7601

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS		242250041978795 03/02/2025 15:36:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB**	**CNPJ / CPF**
251996468		81.813.420/0001-99

DESTINATÁRIO - REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	03/02/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
AV. GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745-000	03/02/2025
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Capivari de Baixo		SC		15:36:00

FATURA

NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
2767	123,00	0,00	123,00

CÁLCULOS DA FATURA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR
001	16/02/2025	123,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	41,33	123,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	123,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	PERC.(%) DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
7394	LONA PLASTICA PRETA 4X100	39259000	0500	5405	MT	30,000	4,100	123,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PV: 0000070448 Imp. Federais: 20,42 Estaduais: 20,91 Municipais: 0,00 Fonte: IBPT - B391D4 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional MD-5:5AA6AEFF75185937663 1060EF2A86125	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:39:25

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.25
8279108279                                  0001
               Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
==================================================
SOBRE A TRANSACAO
--------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201339334958360 39
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$123,00
TARIFA:                                   R$1,21
DATA:                      20/02/2025 - 13:34:01
--------------------------------------------------
PAGO PARA:  Vilson Materiais Para Construcao
CNPJ: 81.813.420/0001-99
CHAVE PIX: 81813420000199
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 00000000000000067857
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
--------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
--------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
==================================================
DOCUMENTO: 022001
AUTENTICACAO SISBB:        C.0EA.3CF.AAA.301.F16
==================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais canais de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

02

PATRICIO AGROPECUARIA EIRE
20/02/2025 R$480,00
TERRA



RECEBEMOS DE AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.
EMISSÃO: 13/02/2025 TOTAL NFe: 480,00 ASSOCIACAO JORGE LACERDA

DATA DE RECEBIMENTO	NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO RECEBEDOR	RG / CPF

NF-e
Nº: 90
SÉRIE: 1

AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA

ROD NORBERTO BRUNATO, 1746
SAO JOAO (MARGEM DIREITA)
TUBARAO - SC
CEP: 88702-803

FONE: 48988542053

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 90
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4225 0217 2910 4600 0100 5500 1000 0000 9014 6000 3394

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	242250056277639 2025-02-13T09:57:26-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
256925011		17.291.046/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	13/02/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
Av. General Osvaldo Pinto da Veiga, 01	Centro		88745-000	13/02/2025
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE**	**E-MAIL**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA ENTRADA/SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO	SC	48996823449	financeiro@parquediamanteener		10:00:00

FATURA / DUPLICATA

90/1 14/02/2025 480,00										

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	480,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	480,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	3-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS %	ALÍQUOTA IPI %
2510	TERRA ADUBADA 25 KG	31010000	102	5102	SC	20	24,0000	480,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor Aproximado Tributos R$ 20.16 (4.2%) Fonte: IBPT	

Impresso através do sistema de gestão SIMDATA (www.simdata.com.br) simdata

Emissão de comprovantes - Autorizável

G3380516327596911
05/03/2025 16:39:40

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.40
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202502201340012140l7361
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$480,00
TARIFA:                                   R$4,75
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Patricio Agropecuaria Eireli  Me
CNPJ: 17.291.046/0001-00
CHAVE PIX: 17291046000100
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 00000000000000096784
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
================================================
DOCUMENTO: 022002
AUTENTICACAO SISBB:        9.DBA.7D9.31D.98A.325
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

03

PATRICIO AGROPECUARIA EIRE
20/02/2025 R$250,00
LUVAS



RECEBEMOS DE AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.
EMISSÃO: 13/02/2025 TOTAL NFe: 250,00 ASSOCIACAO JORGE LACERDA

DATA DE RECEBIMENTO	NOME LEGÍVEL E ASSINATURA DO RECEBEDOR	RG / CPF

NF-e
Nº: 89
SÉRIE: 1

AGROCOMERCIAL VERDE VALE LTDA

ROD NORBERTO BRUNATO, 1746
SAO JOAO (MARGEM DIREITA)
TUBARAO - SC
CEP: 88702-803

FONE: 48988542053

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 89
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4225 0217 2910 4600 0100 5500 1000 0000 8918 2950 9954

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	242250056273781 2025-02-13T09:55:29-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
256925011		17.291.046/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA	12.606.501/0001-03	13/02/2025

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
Av. General Osvaldo Pinto da Veiga, 01	Centro	88745-000	13/02/2025

MUNICÍPIO	UF	FONE	E-MAIL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
CAPIVARI DE BAIXO	SC	48996823449	financeiro@parquediamanteener		09:57:00

FATURA / DUPLICATA

89/1 14/02/2025 250,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	3-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS %	ALÍQUOTA IPI %
2514	LUVA TRICOT. PIGMEN. 4 FIOS IMBAT	61161000	102	5102	PAR	50	5,0000	250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor Aproximado Tributos R$ 33.62 (13.45%) Fonte: IBPT	

Impresso através do sistema de gestão SIMDATA (www.simdata.com.br) simdata

Emissão de comprovantes - Autorizável

G338051632759691 1
05/03/2025 16:39:55

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.39.55
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:              E00000000202502201340559158330 88
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                R$250,00
TARIFA:                                 R$2,47
DATA:                       20/02/2025 - 13:34:01
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Patricio Agropecuaria Eireli  Me
CNPJ: 17.291.046/0001-00
CHAVE PIX: 17291046000100
INSTITUICAO: 86829827 CCLA DO VALE
AGENCIA: 3078 - CONTA: 000000000000096784
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/02/2025 - 13:34:02
================================================
DOCUMENTO: 022003
AUTENTICACAO SISBB:        A.8BA.579.5B9.239.71C
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

MARÇO

01

FERNANDO PAULO ESCANUELA
20/03/2025 R$ 200,00
MUDAS









NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
42187072256260485000107000000000000125036583754970

Número da NFS-e 1	**Competência da NFS-e** 17/03/2025	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 17/03/2025 19:34:57	
Número da DPS 1	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 17/03/2025 19:34:57	A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF 56.260.485/0001-07	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (48) 9952-2907	
Nome / Nome Empresarial 56.260.485 FERNANDO PAULO ESCANUELA DE OLIVEIRA		**E-mail** FERNANDO.ESCANUELA65@GMAIL.COM	
Endereço EXPEDICIONARIO JOSE PEDRO COELHO, 2042, REVOREDO		**Município** Tubarão - SC	**CEP** 88704-761
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF 12.606.501/0001-03	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** -	
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO JORGE LACERDA		**E-mail** -	
Endereço GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 1, CENTRO		**Município** Capivari de Baixo - SC	**CEP** 88745-000

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 03.03.05 - Exploração de parques de diversões e congêneres, para rea...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Tubarão - SC	**País da Prestação** -
Descrição do Serviço vendas mudas hortaliças			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Tubarão - SC	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 200,00	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	**CP** -	**CSLL** -	
PIS -	**COFINS** -	**Retenção do PIS/COFINS** -	**TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL** -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 200,00	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 200,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

G332211330232869 1
21/03/2025 13:40:41

Emissão de comprovantes - Autorizável

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.40.38
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202503201454586548115 39
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$200,00
TARIFA:                                   R$0,00
DATA:                        20/03/2025 - 19:09:09
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Fernando e Oliveira
CPF:  ***.844.470-**
CHAVE PIX: 42684447004
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 0201 - CONTA: 000000000005100616900
TIPO DE CONTA: Conta Poupanca
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:12
================================================
DOCUMENTO: 032001
AUTENTICACAO SISBB:        D.AFB.4DC.965.4AF.5A1
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

02

GABRIELA GOULART LEITEE
20/02/2025 R$160,00
BIOFERTILIZANTE



RECEBEMOS DE 35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº: 9607497 Série: 890 CNPJ: 35.515.968/0001-35
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE JACATIRAO, 258 - POTECAS, SAO JOSE, SC - CEP: 88119414 - Fone/Fax: 0489986218	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída [1] Nº: 9607497 SERIE: 890 FOLHA: 1/1	CHAVE ACESSO 42250382951310000156558900960749713728905O7 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇAO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇAO DE USO
Venda de Mercadoria		242250099094830 - 17/03/2025 12:27:16
INSCRIÇAO ESTADUAL	**INSCRIÇAO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CPF/CNPJ**
260611565		35.515.968/0001-35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZAO SOCIAL			CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	17/03/2025 12:24:00
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAIDA**
AV GEN OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745000	
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇAO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAIDA**
CAPIVARI DE BAIXO (BRASIL)		SC		

FATURAS E DUPLICATAS

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	160,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	160,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

RAZAO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇAO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

												ALIQUOTA	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ICMS	IPI
BIO01	BIOFERTILIZANTE LÍQUIDO GARRAFA 5L	38029029	4400	5101	GARRAF	8,0000	20,0000	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇAO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO



Emissão de comprovantes - Autorizável

G3322113302328691
21/03/2025 13:38:25

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.38.20
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202503201455295589299955
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$160,00
TARIFA:                                   R$1,58
DATA:                        20/03/2025 - 19:09:12
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Gabriela Goulart Leite 06445526977
CNPJ: 35.515.968/0001-35
CHAVE PIX: 35515968000135
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000140212620
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:13
================================================
DOCUMENTO: 032002
AUTENTICACAO SISBB:        9.8F1.3A0.3CC.49A.923
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas   nos   canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

03

GABRIELA GOULART LEITEE
20/02/2025 R$25,00
KIT 50 MINHOCAS MATRIZ







RECEBEMOS DE 35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº: 9607526 Série: 890 CNPJ: 35.515.968/0001-35
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

35.515.968 GABRIELA GOULART LEITE

JACATIRAO, 258 - POTECAS, SAO JOSE, SC - CEP: 88119414 - Fone/Fax: 0489986218

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº: 9607526
SERIE: 890
FOLHA: 1/1

CHAVE ACESSO

42250382951310000156558900096075261247722614

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Mercadoria	242250099099849 - 17/03/2025 12:33:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CPF/CNPJ
260611565		35.515.968/0001-35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZAO SOCIAL			CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	17/03/2025 12:30:00
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAIDA**
AV GEN OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745000	
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAIDA**
CAPIVARI DE BAIXO (BRASIL)		SC		

FATURAS E DUPLICATAS

CALCULO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	25,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

RAZAO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇAO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

												ALIQUOTA	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ICMS	IPI
BIO01	KIT MATRIX 50UN	06029029	4400	5101	PACOTE	1,0000	25,0000	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇAO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO



Emissão de comprovantes - Autorizável

G3322113302328691
21/03/2025 13:38:11

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -      AUTOATENDIMENTO       - 13.38.08
8279108279                                    0001
                 Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:              503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:              E00000000202503201455571829229 29
CNPJ DO PAGADOR:               12.606.501/0001-03
VALOR:                                    R$25,00
TARIFA:                                    R$1,00
DATA:                         20/03/2025 - 19:09:12
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Gabriela Goulart Leite 06445526977
CNPJ: 35.515.968/0001-35
CHAVE PIX: 35515968000135
INSTITUICAO: 00416968 BANCO INTER
AGENCIA: 0001 - CONTA: 000000000140212620
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:14
================================================
DOCUMENTO: 032003
AUTENTICACAO SISBB:         F.28B.7D2.D29.0C8.F93
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas    nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

04

JPA CONSTRUCOES
20/02/2025 R$589,50
5 metros de brita






Horta
Orgânica

ZENAIR TERESINHA NUNES FELIPPE ME

RUA ANTONIO LUIZ BITTENCOURT N 737 - SALA - ALVORADA
88745-000 CAPIVARI DE BAIXO - SC
48 3623-1737

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

15.720
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
4225 0320 9068 6800 0162 5500 1000 0157 2012 5218 2320

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA.		242250086088737 07/03/2025 11:14:37
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
257.532.552		20.906.868/0001-62

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	07/03/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA 01	CENTRO		88745-000	07/03/2025
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO	SC		ISENTO	11:13:51

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	589,50

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,96	589,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
	1-Destinatário				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
0000470	BRITA - O METRO . .	25171000	0101	5102	MT	5	117,90	589,50	0,00	0,00		64,96

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOCUMENTO EMITIDO POR OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ART SEGUNDO INCISO 2 DA RESOLUCAO (GSN 10/2007). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E DE IPI. PERMITE O CREDITO DE ICMS DE 2.10% NO VALOR DE 12.38. (ART. 23 DA LC 123/2006. ALTERADA PELA 28/2008 - 01/01/2009) EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ENTREGUE NO PARQUE DIAMANTE ASSOCIACAO JORGE LACERDA Vendedor: JESSICA Voce pagou aproximadamente: 64,96 de tributos federais. 0,00 de tributos estaduais Fonte: IBPT	

RECEBEMOS DE ZENAIR TERESINHA NUNES FELIPPE ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 15.720. EMISSÃO: 07/03/2025. VALOR TOTAL: 589,50. DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO JORGE LACERDA - AV GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA 01, CENTRO, 88745-000-CAPIVARI DE BAIXO-SC

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 15.720 SÉRIE 1



Emissão de comprovantes - Autorizável

G332211330232869 1
21/03/2025 13:39:40

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/03/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 13.38.50
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:            E00000000202503201534252639561 70
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$589,50
TARIFA:                                   R$5,83
DATA:                       20/03/2025 - 19:09:12
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Jpa Construcoes
CNPJ: 20.906.868/0001-62
CHAVE PIX: 20906868000162
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2362 - CONTA: 00030000000000616469
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 20/03/2025 - 19:09:14
================================================
DOCUMENTO: 032004
AUTENTICACAO SISBB:        4.99C.D0C.91D.578.6BA
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

ABRIL

01

FLORICULTURA CASA DAS FLORES
10/04/2025 R$ 200,00
MUDAS



Recebemos de FLORICULTURA CASA DAS FLORES LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão:07/04/2025,Valor Total: R$200,00, Destinatário: ASSOCIACAO JORGE LACERDA AV, GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01 - CENTRO - CAPIVARI DE BAIXO/SC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.104
SÉRIE: 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FLORICULTURA CASA DAS FLORES LTDA

R.EXPEDICIONARIO JOSE PEDRO COELHO, 980
CENTRO - TUBARAO - SC
CEP: 88704-201 Fone: (48)3622-3296

DANFE
Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.001.104
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
4225 0480 9362 0600 0167 5500 1000 0011 0410 0132 1727

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS NFE		242250129245185 07/04/2025 09:01:47
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC. ESTADO SUBST. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
251.751.422		80.936.206/0001-67

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF/NIF/Id.Estr.	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO JORGE LACERDA			12.606.501/0001-03	07/04/2025
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV, GENERAL OSVALDO PINTO DA VEIGA, 01	CENTRO		88745-000	07/04/2025
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
CAPIVARI DE BAIXO		SC		10:03:52

FATURA/DUPLICATA

001	07/05/2025	R$ 200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-sem transp				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
000279	ALECRIM SC	12119010	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
003956	CALDO KNOR	12119090	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
001895	CAMOMILA	07039090	0102	5102	UN	4	5,00	20,00	0,00	0,00	0
001067	MENTA SC	06022000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0
000278	RUCULA	07051900	0102	5102	UN	200	0,20	40,00	0,00	0,00	0
000852	FUNCHO	06012000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0
001485	CEBOLA FOLHA SC	07031019	0102	5102	UN	14	5,00	70,00	0,00	0,00	0
002877	QUIABO	06022000	0102	5102	UN	2	5,00	10,00	0,00	0,00	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox RS: 26,90 Federal e 26,00 Estadual Fonte:IBPT 1906AA VENDEDOR: 53 - MIKAELI	

Emissão de comprovantes - Autorizável

G334151544772119 1
15/04/2025 15:55:20

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2025 -     AUTOATENDIMENTO      - 15.55.20
8279108279                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO LINHA OLHOS
AGENCIA: 8279-1 CONTA:           503-7
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202504101350503820887O6
CNPJ DO PAGADOR:              12.606.501/0001-03
VALOR:                                  R$200,00
TARIFA:                                   R$0,00
DATA:                      10/04/2025 - 17:15:31
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Floricultura Casa das Flores Ltda
CNPJ: 80.936.206/0001-67
CHAVE PIX: 80936206000167
INSTITUICAO: 00000000 BCO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 0201 - CONTA: 00000000000000429813
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 10/04/2025 - 17:15:32
================================================
DOCUMENTO: 041001
AUTENTICACAO SISBB:        1.4E3.EEF.E56.C96.ED7
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes  nao  solucionadas  nos  canais
habituais  agencia,  SAC  e  Demais  canais  de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

Transação efetuada com sucesso por: JE025742 RICHARLES OLIVEIRA DE JESUS JUNIOR.

MAIO - Não houve compras

JUNHO - Não houve compras

JULHO - Não houve compras