


Nº	evento/ modalidade	nome (ordem alfabética)	endereço	telefone	idade	Odont.	Psicol.	Nutricion.	Fisioter.	Moradia	Plano de Saúde	Seguro de Vida	Uniformes	Alimentação	Transporte	OBS.:
1	Canoagem Slalom	ANA SATILA VIEIRA VARGAS	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9995-5238/ 9995-5596	18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
16	Canoagem Slalom	RENAN HENRIQUE SOARES	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9944-1352	18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
17	Canoagem Slalom	RICARDO MARTINS TAQUES	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9954-8710	23	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
18	Canoagem Slalom	THIAGO SALDANHA SERRA	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9995-5637	19	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
19	Canoagem Slalom	WALLAN PATRICK DE CARVALHO	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9989-4661	16	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
20	Canoagem Slalom	WELTON PIETRO DE CARVALHO	RUA MATO GROSSO, 512, MARACANA, FOZ DO IGUAÇU, PR - CEP: 85852-040	(45) 9989-5768	16	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

LOCAL - DATA: Foz do Iguaçu, 01 de dezembro de 2014

NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:  VALDECIR FERNANDES DA CRUZ

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
RELAÇÃO DE DIRETAMENTE BENEFICIADOS**

OBS : MENCIONAR SE A PRESTAÇÃO DE CONTAS É PARCIAL OU FINAL

Esta planilha destina-se a identificar os diretamente beneficiados e respectivos benefícios
DATA DO RELATÓRIO - preencher com a data de elaboração desta planilha
AÇÃO/SUB-AÇÃO - mesma codificação usada no Plano de Trabalho
DESCRIÇÃO - mesma descrição usada no Plano de Trabalho
NOME e RG - nome e RG (se maior de idade) do beneficiado pelo projeto
IDADE - idade do beneficiado
TELEFONE - telefone do beneficiado
TIPO DO BENEFÍCIO - café, lanche, transporte, assist.medica, assist.odonto, etc.
OBS.: - numerar e, à parte, tecer as observações que julgar pertinentes, a respeito do beneficiado, tipos e períodos de benefício, etc.