

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE JOGOS MUNICIPAIS DA TERCEIRA IDADE

Secretaria Municipal de Turismo, Esporte e Lazer – SEMTEL

A Instituição xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx CNPJ nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx que tem como representante legal xx, CPF xx e telefone xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx vem por meio deste instrumento, formalizar sua adesão e responsabilidade quanto à participação da delegação nos JOGOS MUNICIPAIS DA TERCEIRA IDADE JOMPI -2025, promovido pela Secretaria Municipal de Turismo, Esporte e Lazer (SEMTEL) de Porto Velho, a ser realizado nos dias 05, 06 e 07 de novembro de 2025, na Vila Olímpica Chiquilito Erse.

Na oportunidade nomeia xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx como chefe de delegação da instituição apresentada, CPF xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, telefone de contato () xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, CREFxxxxxxxxx e e-mail xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

CLÁUSULA 1 – DA ADESÃO

A presente adesão tem por finalidade confirmar a participação da instituição acima identificada, por meio de uma delegação composta por até 45 pessoas, sendo 43 atletas idosos (com idade igual ou superior a 60 anos) e 02 chefes de delegação ou profissionais acompanhantes.

CLÁUSULA 2 – DO TRANSPORTE E DESLOCAMENTO

A instituição declara estar ciente de que o transporte da delegação será de sua total responsabilidade, isentando a SEMTEL de quaisquer ônus ou encargos decorrentes do deslocamento de ida e volta ao local do evento.

CLÁUSULA 3 – DO OBJETIVO



O presente termo tem valor de pré-inscrição institucional, sendo necessário o preenchimento das fichas de inscrição de composição da delegação via drive da ficha para efetivação da inscrição até o prazo estipulado pela organização.

CLÁUSULA 4 – DAS MODALIDADES

Marque com um X as modalidades que a delegação irá participar:

Modalidades	Confirmação da Modalidade
Damas	
Boliche	
Dominó	
Revezamento de bastão (60 a 69 anos)	
Revezamento de bastão Senior (70 anos ou mais)	
Chute ao gol	
Lance livre	

Porto Velho, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) responsável pela instituição

Nome completo:

RG/CPF:

Cargo/Função:

