



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM CERTAMES NACIONAIS

|             |                    |        |      |
|-------------|--------------------|--------|------|
| COMPETIÇÃO: | Taça Brasil Sub-11 | A N O: | 2026 |
|-------------|--------------------|--------|------|

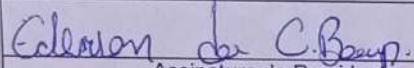
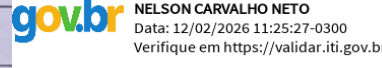
### Identificação da Federação:

|           |                                        |         |                      |
|-----------|----------------------------------------|---------|----------------------|
| Nome:     | Federação Catarinense de Futsal - FCFS |         |                      |
| WhatsApp: | 48 988704852                           | E-mail: | fcfsfutsal@gmail.com |

### Identificação do Clube:

|               |                                                      |         |                  |                                |                             |
|---------------|------------------------------------------------------|---------|------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Nome Oficial: | ADRSF – Associação Desportiva Regional Sul de Futsal |         | Nome Divulgação: | Cocal do Sul/Anjos do Futsal   |                             |
| Endereço:     | R. Quintino Rizzieri                                 |         |                  | Nº:                            | 728                         |
| Complemento:  | Casa                                                 | Bairro: | Santa Barbara    | Cidade:                        | Criciúma                    |
| Estado:       |                                                      | CEP:    | 88804-210        | Fone(s):                       | 48 999460890 e 48 999543101 |
| WhatsApp:     | 48 999460890 e 48 999543101                          |         | E-mail:          | jeanreisanjofutsal@hotmail.com |                             |

O(s) abaixo assinado(s) confirma(m) a participação na disputa do evento acima declarando estar(em) ciente(s) do Regulamento dos Certames Nacionais e as punições previstas.

|           |                                                                                                               |               |                                                                                                                |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Do Clube: | <br>Assinatura do Presidente | Da Federação: | <br>Assinatura do Presidente |
| Nome:     | Ederson da Conceição Barp                                                                                     | Nome:         | Nelson Carvalho Netto                                                                                          |

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** NELSON CARVALHO NETO  
Data: 12/02/2026 11:25:27-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Favor indicar abaixo duas pessoas para fácil comunicação e transmissão de informações e esclarecimentos, mencionando os endereços e telefones comerciais.

|                          |                           |         |               |                          |              |
|--------------------------|---------------------------|---------|---------------|--------------------------|--------------|
| 1. Supervisor da Equipe: |                           |         |               |                          |              |
| Nome:                    | Igor Mouro                |         |               |                          |              |
| Endereço:                | R. Zélia Miguel Fernandes |         |               | Nº:                      | 1376         |
| Complemento:             | Casa                      | Bairro: | Angelo Guollo | Cidade:                  | Cocal do Sul |
| Estado:                  | SC                        | CEP:    | 88845-000     | Fone(s):                 | 48 999460890 |
| WhatsApp:                | 48 999460890              |         | E-mail:       | igormoura_im@hotmail.com |              |

|                          |  |         |         |          |  |
|--------------------------|--|---------|---------|----------|--|
| 2. Imprensa/Comunicação: |  |         |         |          |  |
| Nome:                    |  |         |         |          |  |
| Endereço:                |  |         |         | Nº:      |  |
| Complemento:             |  | Bairro: |         | Cidade:  |  |
| Estado:                  |  | CEP:    |         | Fone(s): |  |
| WhatsApp:                |  |         | E-mail: |          |  |

A CONFIRMAÇÃO DESTE PEDIDO FICA CONDICIONADA A DEVOLUÇÃO DESTE FORMULÁRIO ACOMPANHADO DO COMPROVANTE DE DEPÓSITO DO VALOR CORRESPONDENTE A TAXA DE INSCRIÇÃO E PARTICIPAÇÃO

Nos termos do disposto pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.853/2019), a CBFS está autorizada a realizar o tratamento de dados pessoais do(a) Titular(a), podendo compartilhá-los com terceiros tão somente para o cumprimento das finalidades institucionais.

