

Escola: Associação Colegio Espanhol de São Paulo Nome Fantasia: Colégio Miguel de Cervantes	CNPJ: 62.938.774/0001-15	Nº Contrato : 79109
Nome do Responsável Financeiro do Aluno:	CPF:	Data de nascimento:
Nome Social do Responsável Financeiro	Curso:	Série atual:
Nome do Educando- Aluno:	Data de Nascimento	CPF do Aluno:

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE (DPSA)

PERGUNTAS	Titular	Em caso afirmativo, especificar informando o número da pergunta
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento?	☐ Sim ☐ Não	
2. Sofre ou já sofreu de doença crônica ou incurável, doenças do coração, hipertensão, circulatórias, do sangue, diabetes, pulmão, fígado, rins, infarto, acidente vascular cerebral, articulações, qualquer tipo de câncer ou HIV?	☐ Sim ☐ Não	
3. Sofre ou sofreu de deficiências de órgãos, membros ou sentidos, incluindo doenças ortopédicas ou relacionadas a esforço repetitivo (LER e DORT)?	☐ Sim ☐ Não	
4. Fez alguma cirurgia, biópsia ou esteve internado nos últimos cinco anos? Ou está ciente de alguma condição médica que possa resultar em uma hospitalização ou cirurgia?	☐ Sim ☐ Não	
5. Está afastado(a) do trabalho ou aposentado por invalidez?	☐ Sim ☐ Não	
6. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares?	☐ Sim ☐ Não	
7. É fumante?	☐ Cigarro ☐ Outros: Quantidade média/dia: _____	
8. Informe peso e altura:		
9. Data de Nascimento		

Declaro estar ciente de que, dada a obrigação de boa-fé inerente ao relacionamento entre as partes em todo e qualquer contrato,especialmente nos de seguro e de previdência privada, que as informações prestadas acima são verdadeiras, motivo pelo qual é dispensável a realização de exames médicos prévios para fins de averiguação de minha condição de saúde e estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças preexistentes à contratação do seguro e que não tenham sido declaradas nesta DPS não estarão cobertos, nos termos das condições gerais do(s) plano(s) contratado(s) e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.

Local e Data

Assinatura do Proponente
Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.