

Hospital de Caridade São Roque

Fone.: (55) 3263.1301 / 3263.1342
www.hcsr.com.br – hcsr@hcsr.com.br
Rua Dona Ceci leite Costa, 1266 - Centro
Faxinal do Soturno/RS - CEP 97220-000

CONTRATO DE SÓCIO TERMO DE RENOVAÇÃO À CATEGORIA DE CONTRIBUINTE DOADOR TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA

Pelo presente Instrumento o abaixo qualificado, **CONFIRMA** a Adesão ao compromisso de contribuição mensal e espontânea ao Hospital de Caridade São Roque , inscrito no CNPJ sob nº 89.891.337/0001-40, estabelecido à Rua Dona Ceci leite Costa, 1266, Centro, Faxinal do Soturno/RS - CEP 97220-000.

ID 469 - Nome CFC ULIANA	
CPF 042.804.470-00	RG
Data Nascimento 28/06/1963	
Endereço Completo AV VICENTE PIGATTO	
Bairro CENTRO	Cidade FAXINAL DO SOTURNO
Cep 97220-000	Telefone (55) 3263-2144
	Celular

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☒ Boleto ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☐ Carnê ☐ Transferência bancária	☐ Vista R\$	☐ Bimestral R\$	☐ Trimestral R\$	☐ Semestral R\$	☒ Mensal R\$.00
--	---------------------------------------	---	--	---	--

Autorização de Débito Dados Bancários:	Banco	Agência	Nº. Conta
--	-------	---------	-----------

Início do contrato: 10/11/2017	Fim do contrato: 10/11/2018	
Nº Dependentes: 7	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 0,00	1º Vencimento
Observações: CONTRATO - 469 07/11/2017 - RENOVAÇÃO, BOLETO / MENSAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$2,30.		

1.	Nome DIEGO CERVO CASSOL (Outro)
Data Nascimento 03/09/1991 CPF RG	
2.	Nome REGIS SILVESTRE RUBERT (Outro)
Data Nascimento 07/01/1978 CPF 947.054.100-68 RG	
3.	Nome DIONOR JOSE DE DAVID (Outro)
Data Nascimento 08/02/1966 CPF 437.721.370-91 RG	
4.	Nome DOUGLAS PIOVESAN (Outro)
Data Nascimento 29/03/1988 CPF 018.604.180-23 RG	
5.	Nome CRISTIANE RODRIGUES DE FREITAS (Outro)
Data Nascimento 06/06/1985 CPF RG	
6.	Nome ALTIVO VICENTE STEFANELLO (Outro)
Data Nascimento 13/03/1956 CPF 244.917.990-91 RG 2016734937	
7.	Nome ANA LICE STEFANELLO (Outro)

1. Fica ainda estabelecido, pelo presente instrumento, que a contribuição ora compactuado pela adesão ao Cartão de Descontos é pelo prazo de 12 (doze) meses a contar da data inicial do contrato e renovado automaticamente e/ou por solicitação do titular, seja via telefônica ou através de contato com a vendedora.
2. O cancelamento e a perda dos benefícios do presente instrumento se dará nos seguintes casos:
 - a) Através de solicitação por escrito por parte do usuário, mediante o preenchimento do Termo de Cancelamento: Neste caso o usuário deve estar em dia com as contribuições e/ou ter realizado o pagamento de 50% do valor anual das contribuições;
 - b) Por inadimplência de 3 contribuições sucessivas ou não;
 - c) As carteirinhas devem ser entregues no momento da solicitação.
3. O prazo de carência para poder usar os benefícios do cartão - 30 dias ou após o primeiro pagamento, para realizar consultas médicas e exames; e 60 dias para realizar internações, procedimentos ambulatoriais e cirurgias.
4. Auxílio Funeral - terá direito ao auxílio, o beneficiário que possuir um período de contribuição de no mínimo 24 meses, devendo estar em dias com as parcelas e sem nenhum atraso superior a 10 dias corridos, e/ou nenhuma interrupção entre o contrato.
5. O usuário receberá na data da assinatura deste Termo uma relação das empresas conveniadas ao PROJETO HOSPITAL COM + SAÚDE com os respectivos descontos.
6. O HCSR disponibiliza em seu site (www.hcsr.com.br) um link para consulta da situação fiscal do usuário e a relação atualizada das empresas/lojistas conveniadas a este Cartão de Desconto. A concessão do desconto pela empresa conveniada se dará após consulta da situação fiscal do usuário/dependente no site.
7. Outras informações e atendimento:
 - a) Nas dependências do Hospital São Roque, com Maiana ou vendedora Ana Paula;
 - b) Fone (55) 3263.1301 / (55) 9 9700.4886 - Ana Paula.

Relação de Dependentes

A Assinatura por parte da Administração do HCSR aposta ao pé deste TERMO e a assinatura do Titular, torna o presente instrumento convalidado pelas partes. Bem como a quitação da parcela inicial.

Faxinal do Soturno, 21 de maio de 2019

Assinatura do titular
CFC ULIANA

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo