

## Hospital de Caridade São Roque

Fone.: (55) 3263.1301 / 3263.1342  
www.hcsr.com.br – hscr@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 3417 - Nome <b>CLEUSA TEREZINHA</b> |                                |
| <b>BISOGNIN RUVIARO</b>                |                                |
| CPF <b>966.495.690-20</b>              | RG <b>9074590812</b>           |
| Data Nascimento <b>10/04/1966</b>      |                                |
| Endereço Completo <b>LINHA BASE</b>    |                                |
| Bairro <b>INTERIOR</b>                 | Cidade <b>SILVEIRA MARTINS</b> |
| Cep <b>97195-000</b>                   | Telefone                       |
|                                        | Celular <b>(55) 9945-8412</b>  |

### Valor e Forma da Contribuição:

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                           |                                            |                                           |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Débito Bancário<br><input type="checkbox"/> Boletó<br><input checked="" type="checkbox"/> Dinheiro<br><input type="checkbox"/> Desconto em Folha<br><input type="checkbox"/> Carnê<br><input type="checkbox"/> Transferência bancária | <input checked="" type="checkbox"/> Vista<br>R\$ <b>240.00</b> | <input type="checkbox"/> Bimestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Trimestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Semestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Mensal<br>R\$ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                  |       |         |           |
|--------------------------------------------------|-------|---------|-----------|
| <b>Autorização de Débito</b><br>Dados Bancários: | Banco | Agência | Nº. Conta |
|--------------------------------------------------|-------|---------|-----------|

|                                                                                  |                                                      |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Início do contrato:<br><b>10/01/2021</b>                                         | Fim do contrato:<br><b>10/01/2022</b>                |                                    |
| Nº Dependentes:<br><b>0</b>                                                      | (*) Valor Anual da Contribuição<br>R\$ <b>240,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/01/2021</b> |
| Observações: <b>CONTRATO - 000102 29/01/2021 - PAGTO Á VISTA - DESCTO (10%).</b> |                                                      |                                    |

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](http://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, 29 de janeiro de 2021

---

Assinatura do titular  
CLEUSA TEREZINHA BISOGNIN RUVIARO

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo