

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 3493 - Nome FABIANA NUNES	
CPF 016.004.810-94	RG 8083588189
Data Nascimento 16/01/1979	
Endereço Completo RUA H - ALBINO NORO-1105	
Bairro CENTRO	Cidade SÃO JOÃO DO POLESINE
Cep 97280-000	Telefone
Celular (55) 99641-6776	

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☐ Boletó ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☒ Carnê ☐ Transferência bancária	☐ Vista R\$	☐ Bimestral R\$	☐ Trimestral R\$	☐ Semestral R\$	☒ Mensal R\$ 65.00
--	---------------------------------------	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/11/2021	Fim do contrato: 10/11/2022	
Nº Dependentes: 6	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 780,00	1º Vencimento 10/11/2021
Observações: CONTRATO - 000192 20/10/2021 - CARNÊ / MENSAL.		

1.	Nome NERI LUIZ SARI (Outro)
Data Nascimento 30/08/1948 CPF 143.445.050-34 RG	
2.	Nome JORDANA NUNES (Outro)
Data Nascimento 19/10/1994 CPF 043.244.730-05 RG	
3.	Nome MARIA EDUARDA SARI (Outro)
Data Nascimento 25/07/2006 CPF 057.045.200-73 RG	
4.	Nome ALANA NUNES MENEGHETTI (Outro)
Data Nascimento 24/09/1997 CPF 048.121.700-28 RG 2130164086	
5.	Nome ELIAS RODRIGUES RIBAS (Outro)
Data Nascimento 12/02/1995 CPF 039.180.670-09 RG 1107945469	
6.	Nome DAVI MENEGHETTI RIBAS (Outro)
Data Nascimento 30/07/2015 CPF 054.796.680-17 RG 6135986881	

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 **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, 20 de outubro de 2021

Assinatura do titular
FABIANA NUNES

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo