

## 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 3068 - Nome <b>ALFREDO ANTONIO DAL BEM CHEROBINI</b> |                      |
| CPF <b>635.975.430-49</b>                               | RG <b>7054058073</b> |
| Data Nascimento <b>28/10/1974</b>                       |                      |
| Endereço Completo <b>BOCA DA PICADA</b>                 |                      |
| Bairro <b>INTERIOR</b>                                  | Cidade <b>IVORÁ</b>  |
| Cep <b>98160-000</b>                                    | Telefone             |
| Celular <b>(55) 9613-4700</b>                           |                      |

### Valor e Forma da Contribuição:

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                           |                                            |                                           |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Débito Bancário<br><input checked="" type="checkbox"/> Boleto<br><input type="checkbox"/> Dinheiro<br><input type="checkbox"/> Desconto em Folha<br><input type="checkbox"/> Carnê<br><input type="checkbox"/> Transferência bancária | <input type="checkbox"/> Vista<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Bimestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Trimestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Semestral<br>R\$ | <input checked="" type="checkbox"/> Mensal<br>R\$ <b>50.00</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                           |                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Início do contrato:<br><b>10/08/2022</b>                                                                  | Fim do contrato:<br><b>10/08/2023</b>                |                                    |
| Nº Dependentes:<br><b>3</b>                                                                               | (*) Valor Anual da Contribuição<br><b>R\$ 600,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/08/2022</b> |
| Observações: <b>CONTRATO - 0652 05/07/2022 - RENOVAÇÃO, BOLETO / MENSAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$1,50.</b> |                                                      |                                    |

|                                                            |                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1.                                                         | Nome <b>EDIANE LANZA CHEROBINI</b> ( Outro )  |
| <b>Data Nascimento</b> 22/09/1979   <b>CPF</b>   <b>RG</b> |                                               |
| 2.                                                         | Nome <b>DANIELY LANZA CHEROBINI</b> ( Outro ) |
| <b>Data Nascimento</b> 31/08/2013   <b>CPF</b>   <b>RG</b> |                                               |
| 3.                                                         | Nome <b>ALINE LANZA CHEROBINI</b> ( Outro )   |
| <b>Data Nascimento</b> 07/07/1999   <b>CPF</b>   <b>RG</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, 05 de julho de 2022

---

Assinatura do titular  
ALFREDO ANTONIO DAL BEM CHEROBINI

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo