

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 3114 - Nome <b>RONALDO DAMBROS</b>           |                                |
| CPF <b>000.515.880-05</b>                       | RG <b>2071351015</b>           |
| Data Nascimento <b>22/12/1981</b>               |                                |
| Endereço Completo <b>SETE DE SETEMBRO - 434</b> |                                |
| Bairro <b>CENTRO</b>                            | Cidade <b>DONA FRANCISCA</b>   |
| Cep <b>97280-000</b>                            | Telefone <b>(55) 3268-1508</b> |
| Celular <b>(55) 8113-1315</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 checked="" type="checkbox"/> Trimestral<br>R\$ <b>165.00</b> | <input type="checkbox"/> Semestral<br>R\$ | <input type="checkbox"/> Mensal<br>R\$ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|

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

|                                                                                                              |                                                      |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Início do contrato:<br><b>10/05/2023</b>                                                                     | Fim do contrato:<br><b>09/05/2024</b>                |                                    |
| Nº Dependentes:<br><b>4</b>                                                                                  | (*) Valor Anual da Contribuição<br>R\$ <b>660,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/05/2023</b> |
| Observações: <b>CONTRATO - 673 20/02/2023 - RENOVAÇÃO, BOLETO / TRIMESTRAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$1,50.</b> |                                                      |                                    |

|                                                                                      |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1.                                                                                   | Nome <b>LEONI DAMBROS</b> ( Pai ou Mãe )        |
| <b>Data Nascimento</b> 28/04/1943   <b>CPF</b> 259.698.890-91   <b>RG</b> 2022562694 |                                                 |
| 2.                                                                                   | Nome <b>ILONI JANNER DAMBROS</b> ( Pai ou Mãe ) |
| <b>Data Nascimento</b> 26/05/1952   <b>CPF</b> 534.258.040-49   <b>RG</b> 6046407372 |                                                 |
| 3.                                                                                   | Nome <b>FLAVIA DAMBROS</b> ( Outro )            |
| <b>Data Nascimento</b> 06/11/1975   <b>CPF</b> 771.770.610-53   <b>RG</b> 9046408457 |                                                 |
| 4.                                                                                   | Nome <b>ALINE DAGGIOS DALMOLIN</b> ( Conjuge )  |
| <b>Data Nascimento</b> 17/09/1985   <b>CPF</b> 010.029.910-56   <b>RG</b> 8085216763 |                                                 |

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 benecios 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, 20 de fevereiro de 2023

---

Assinatura do titular  
RONALDO DAMBROS

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo