

## 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 3608 - Nome <b>LELITA IZINA SEVERO</b>            |                                  |
| CPF <b>950.867.060-68</b>                            | RG <b>4076980673</b>             |
| Data Nascimento <b>08/06/1949</b>                    |                                  |
| Endereço Completo <b>RUA LEONARDO BRONDANI - 107</b> |                                  |
| Bairro <b>MEDIANEIRA</b>                             | Cidade <b>FAXINAL DO SOTURNO</b> |
| Cep <b>97220-000</b>                                 | Telefone (55) <b>9618-7327</b>   |
| Celular (55) <b>99995-0842</b>                       |                                  |

### Valor e Forma da Contribuição:

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                           |                                            |                                                                    |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Débito Bancário<br><input type="checkbox"/> Boleto<br><input type="checkbox"/> Dinheiro<br><input type="checkbox"/> Desconto em Folha<br><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Semestral<br>R\$ <b>120.00</b> | <input type="checkbox"/> Mensal<br>R\$ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                  |       |         |           |
|--------------------------------------------------|-------|---------|-----------|
| <b>Autorização de Débito</b><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>0</b>                                         | (*) Valor Anual da Contribuição<br><b>R\$ 240,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/05/2023</b> |
| Observações: <b>CONTRATO - 0661 04/05/2023 - CARNÊ / SEMESTRAL.</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**) 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, 17 de julho de 2023

---

Assinatura do titular  
LELITA IZINA SEVERO

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo