

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 3466 - Nome PRISCILA VIERA EPIG DOS SANTOS	
CPF 026.542.150-08	RG 7083087040
Data Nascimento 05/05/1990	
Endereço Completo RUA JOSE DO PATROCINIO - AP.204 , N° 230	
Bairro CENTRO	Cidade FAXINAL DO SOTURNO
Cep 97220-000	Telefone
Celular (55) 99961-6021	

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☒ Boleto ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☐ Carnê ☐ Transferência bancária	☐ Vista R\$	☐ Bimestral R\$	☐ Trimestral R\$	☐ Semestral R\$	☒ Mensal R\$ 75.00
--	---------------------------------------	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/06/2023	Fim do contrato: 09/06/2024	
Nº Dependentes: 10	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 900,00	1º Vencimento 10/06/2023
Observações: CONTRATO - 000165 30/05/2023 - RENOVAÇÃO, BOLETO / MENSAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$1,50.		

1.	Nome OSEIAS KIPP DOS SANTOS (Outro)		
	Data Nascimento 11/11/1988 CPF 023.775.120-89 RG 8099123674		
2.	Nome ENIO LUIZ DOS SANTOS EPIG (Outro)		
	Data Nascimento 18/02/1963 CPF 420.385.290-00 RG 9025474331		
3.	Nome BETINA EPIG DOS SANTOS (Filho(a))		
	Data Nascimento 06/08/2016 CPF 051.888.820-78 RG 2132910031		
4.	Nome JOVANA TEREZINHA VIERA EPIG (Outro)		
	Data Nascimento 23/10/1970 CPF RG		
5.	Nome ROBERTO VIEIRA (Outro)		
	Data Nascimento 03/12/1942 CPF 364.838.000-10 RG 9074590788		
6.	Nome MARIA CLORINDA MILANI VIEIRA (Outro)		

Data Nascimento 25/09/1943		CPF 482.904.830-15		RG 1045669825
7.	Nome ANA LUIZA KIPP DOS SANTOS (Outro)			
Data Nascimento 28/01/1955		CPF 556.142.800-49		RG 1045220751
8.	Nome MARCOS RODRIGUES DOS SANTOS (Outro)			
Data Nascimento 15/06/1952		CPF 210.601.500-34		RG 1024198739
9.	Nome CARLA KIPP DOS SANTOS (Outro)			
Data Nascimento 08/08/1975		CPF 741.647.240-72		RG 2074592003
10.	Nome CLAUDIA KIPP SANTOS DOS SANTOS (Outro)			
Data Nascimento 01/03/1974		CPF 886.666.450-91		RG 3090522818

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 beneficios 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. Auxilio Funeral - terá direito ao auxilio, 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 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, 07 de julho de 2023

Assinatura do titular
PRISCILA VIERA ESPIG DOS SANTOS

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo