

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 447 - Nome <b>FIORI BONINI SPAT</b>    |                                  |
| CPF <b>757.346.050-34</b>                 | RG <b>3063536498</b>             |
| Data Nascimento <b>27/06/1938</b>         |                                  |
| Endereço Completo <b>SITIO DOS MELLOS</b> |                                  |
| Bairro <b>INTERIOR</b>                    | Cidade <b>FAXINAL DO SOTURNO</b> |
| Cep <b>97220-000</b>                      | Telefone <b>(55) 3263-2225</b>   |
| Celular                                   |                                  |

Valor e Forma da Contribuição:

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                           |                                            |                                           |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Débito Bancário<br><input 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>30.00</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                           |                                            |                     |                             |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Autorização de Débito<br>Dados Bancários: | Banco <b>104 - Caixa Economica Federal</b> | Agência <b>2127</b> | Nº. Conta <b>0130001335</b> |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|

|                                                                                        |                                                      |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Início do contrato:<br><b>10/10/2023</b>                                               | Fim do contrato:<br><b>09/10/2024</b>                |                                    |
| Nº Dependentes:<br><b>1</b>                                                            | (*) Valor Anual da Contribuição<br><b>R\$ 360,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/10/2023</b> |
| Observações: <b>CONTRATO 233 03/10/2023 - RENOVAÇÃO, DÉB. CAIXA / MENSAL / MENSAL.</b> |                                                      |                                    |

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nome <b>GENECI MARIA SPAT ( Filho(a) )</b>                                        |
| <b>Data Nascimento</b> 18/11/1960   <b>CPF</b> 637.482.310-91   <b>RG</b> 1022718462 |

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](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, 03 de outubro de 2023

---

Assinatura do titular  
FIORI BONINI SPAT

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo