

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 3681 - Nome MARCELO DOMINGUES ROSA	
CPF 725.699.300-59	RG 7057467371
Data Nascimento 16/11/1973	
Endereço Completo RUA BENJAMIN BASILIO VENDRUSCOLO	
Bairro CENTRO	Cidade FAXINAL DO SOTURNO
Cep 97220-000	Telefone
Celular (55) 99993-7688	

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\$ 55.00
--	---------------------------------------	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/12/2023	Fim do contrato: 09/12/2024	
Nº Dependentes: 6	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 660,00	1º Vencimento 10/12/2023
Observações: CONTRATO - 0633 06/11/2023 - BOLETO / MENSAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$1,50.		

1.	Nome IZALETE MEDIANEIRA DE ALMEIDA PEREIRA (Outro)
Data Nascimento 01/03/1981 CPF 978.686.470-00 RG 1082216712	
2.	Nome BIBIANA PEREIRA WAHOLTZ (Outro)
Data Nascimento 15/09/2015 CPF 057.021.840-33 RG 3139830446	
3.	Nome ELZA TEREZINHA DOMINGUES ROSA (Outro)
Data Nascimento 16/12/1948 CPF 014.620.890-03 RG 1075621688	
4.	Nome GUEDE SANTOS DOMINGUES (Outro)
Data Nascimento 12/03/1936 CPF 546.217.710-00 RG 1055536674	
5.	Nome SALETE DE ALMEIDA PEREIRA (Outro)
Data Nascimento 19/03/1974 CPF 741.606.210-15 RG 9081459266	
6.	Nome SANTA VELOCI DE ALMEIDA PEREIRA (Outro)
Data Nascimento 27/08/1968 CPF 599.154.550-20 RG 4045173871	

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, 05 de dezembro de 2023

Assinatura do titular
MARCELO DOMINGUES ROSA

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo