

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 3535 - Nome <b>BARBARA LETICIA ANDRIOTTI</b> |                              |
| CPF <b>014.999.660-83</b>                       | RG <b>8087163401</b>         |
| Data Nascimento <b>16/03/1986</b>               |                              |
| Endereço Completo <b>LINHA GRANDE</b>           |                              |
| Bairro <b>INTERIOR</b>                          | Cidade <b>DONA FRANCISCA</b> |
| Cep <b>97280-000</b>                            | Telefone                     |
| Celular <b>(55) 99990-7187</b>                  |                              |

Valor e Forma da Contribuição:

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                           |                                            |                                           |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Débito Bancário<br><input type="checkbox"/> Boleto<br><input type="checkbox"/> Dinheiro<br><input checked="" 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>22.00</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                       |                                                      |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Início do contrato:<br><b>10/05/2024</b>                                                              | Fim do contrato:<br><b>10/05/2025</b>                |                                    |
| Nº Dependentes:<br><b>5</b>                                                                           | (*) Valor Anual da Contribuição<br><b>R\$ 264,00</b> | 1º Vencimento<br><b>10/05/2024</b> |
| Observações: <b>CONTRATO - 0553 FUNC.HCSR 03/04/2024 - RENOVAÇÃO, DESCTO FOLHA DE PAGTO / MENSAL.</b> |                                                      |                                    |

|    |                                                      |                           |                      |
|----|------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. | Nome <b>MANUELA ANDRIOTTI FERNANDES</b> ( Filho(a) ) |                           |                      |
|    | Data Nascimento <b>29/03/2016</b>                    | CPF                       | RG                   |
| 2. | Nome <b>EDUARDA ANDRIOTTI BALDUINO</b> ( Filho(a) )  |                           |                      |
|    | Data Nascimento <b>04/03/2005</b>                    | CPF <b>048.318.070-01</b> | RG <b>6130472878</b> |
| 3. | Nome <b>RODRIGO FANTINEL FERNANDES</b> ( Conjuge )   |                           |                      |
|    | Data Nascimento <b>11/09/1980</b>                    | CPF <b>000.760.590-06</b> | RG <b>5077193638</b> |
| 4. | Nome <b>OTAVIO ANDRIOTTI</b> ( Outro )               |                           |                      |
|    | Data Nascimento <b>31/03/1940</b>                    | CPF <b>090.670.430-87</b> | RG <b>5047403927</b> |
| 5. | Nome <b>SALOMITA LEMOS ANDRIOTTI</b> ( Outro )       |                           |                      |
|    | Data Nascimento <b>05/02/1941</b>                    | CPF <b>028.624.690-25</b> | RG <b>3047403914</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](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, 18 de julho de 2024

---

Assinatura do titular  
BARBARA LETICIA ANDRIOTTI

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo