

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 525 - Nome     | MILVO PEDRO MARCHEZAN |
| CPF               | 270.945.960-49        |
| RG                |                       |
| Data Nascimento   | 28/05/1950            |
| Endereço Completo | VAL VERONES           |
| Bairro            | INTERIOR              |
| Cidade            | FAXINAL DO SOTURNO    |
| Cep               | 97220-000             |
| Telefone          |                       |
| Celular           | (55) 9997-9090        |

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\$ 360.00 | <input type="checkbox"/> Mensal<br>R\$ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

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

|                                                                      |                                               |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| Início do contrato:<br>10/07/2025                                    | Fim do contrato:<br>10/07/2026                |                             |
| Nº Dependentes:<br>5                                                 | (*) Valor Anual da Contribuição<br>R\$ 720,00 | 1º Vencimento<br>10/07/2025 |
| Observações: CONTRATO 292 20/05/2025 - RENOVAÇÃO, CARNÊ / SEMESTRAL. |                                               |                             |

|                 |                                              |     |    |
|-----------------|----------------------------------------------|-----|----|
| 1.              | Nome MARIA ODETE LAZZARI MARCHEZAN ( Outro ) |     |    |
| Data Nascimento | 06/02/1950                                   | CPF | RG |
| 2.              | Nome ANDRE LUIZ LAZZARI MARCHEZAN ( Outro )  |     |    |
| Data Nascimento | 21/09/1981                                   | CPF | RG |
| 3.              | Nome ELENITA LAZZARI ( Outro )               |     |    |
| Data Nascimento | 08/02/1956                                   | CPF | RG |
| 4.              | Nome DANIELA LAZZARI MARCHEZAN ( Outro )     |     |    |
| Data Nascimento | 05/09/1979                                   | CPF | RG |
| 5.              | Nome ADAIANA LAZZARI MARCHEZAN ( Outro )     |     |    |
| Data Nascimento | 26/01/1986                                   | CPF | RG |

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, 20 de maio de 2025

---

Assinatura do titular  
MILVO PEDRO MARCHEZAN

---

Hospital de Caridade São Roque  
Tesoureiro/Gerente Administrativo