

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 3559 - Nome MARA ROSANGELA ALVES ENGEL	
CPF 304.839.720-53	RG
Data Nascimento 29/12/1957	
Endereço Completo RUA BARÃO DO TRIUNFO - 1976, Ap.602	
Bairro FATIMA	Cidade SANTA MARIA
Cep 97105-440	Telefone
Celular (55) 99937-4400	

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☐ Boletó ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☒ Carnê ☐ Transferência bancária	☒ Vista R\$ 1320.00	☐ Bimestral R\$	☐ Trimestral R\$	☐ Semestral R\$	☐ Mensal R\$
--	---	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/08/2025	Fim do contrato: 10/08/2026	
Nº Dependentes: 15	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 1.320,00	1º Vencimento 10/08/2025
Observações: CONTRATO - 0543 10/07/2025 - RENOVAÇÃO, PAGTO Á VISTA (10%).		

1.	Nome GABRIELE RAMOS ENGEL (Outro)
Data Nascimento 14/11/1988 CPF 016.259.270-10 RG 8098682423	
2.	Nome JOEL POMPILIO DOS SANTOS ENGEL (Outro)
Data Nascimento 16/03/1955 CPF 227.044.690-91 RG 3001131022	
3.	Nome EMANUELLE XAVIER ENGEL (Outro)
Data Nascimento 13/10/2019 CPF 063.993.140-54 RG	
4.	Nome NOAH XAVIER ENGEL (Outro)
Data Nascimento 12/04/2017 CPF 068.706.930-05 RG	
5.	Nome ISAAC PUNTEL ENGEL (Outro)
Data Nascimento 05/06/2009 CPF 048.447.330-10 RG 1127065661	
6.	Nome TEREZINHA DOS SANTOS ENGEL (Outro)
Data Nascimento 11/06/1936 CPF 902.531.830-49 RG	

7.	Nome TIAGO JACOB ALVES ENGEL (Outro)
Data Nascimento	14/02/1980 CPF 975.040.170-00 RG 7044233604
8.	Nome CLAUDIA PUNTEL ENGEL (Outro)
Data Nascimento	02/01/1984 CPF 822.738.800-06 RG 3078903857
9.	Nome HADASSA PUNTEL ENGEL (Outro)
Data Nascimento	28/05/2015 CPF RG
10.	Nome JOEL POMPILO DOS SANTOS JUNIOR (Outro)
Data Nascimento	08/10/1997 CPF 040.211.440-05 RG 4121475414
11.	Nome ROSANGELA TEREZINHA DOS SANTOS ENGEL (Outro)
Data Nascimento	24/08/1958 CPF 902.412.230-91 RG 6305470____
12.	Nome MARIA TERESINHA XAVIER DA SILVA ENGEL (Outro)
Data Nascimento	30/08/1994 CPF 046.093.260-86 RG 5123106659
13.	Nome JOSE VILI VERRISSIMO RAMOS (Outro)
Data Nascimento	06/04/1983 CPF 005.424.950-31 RG 3065479994
14.	Nome LECY MOURA ALVES (Outro)
Data Nascimento	26/11/1935 CPF 387.098.640-91 RG 7013014068
15.	Nome VILNEI ROVANI ALVES (Filho(a))
Data Nascimento	26/06/1955 CPF 224.368.800-00 RG 9001185777

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 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.

Assinatura do titular
MARA ROSANGELA ALVES ENGEL

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo