

Hospital de Caridade São Roque

Fone.: (55) 3263.1301 / 3263.1342
www.hcsr.com.br – hcsr@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 427 - Nome ELENITA SILVEIRA	
CPF 780.164.950-87	RG 7061575192
Data Nascimento 31/08/1976	
Endereço Completo RUA DO HORTO, 260	
Bairro VERDE TETO	Cidade FAXINAL DO SOTURNO
Cep 97220-000	Telefone
Celular (55) 99614-5291	

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\$ 50.00
--	---------------------------------------	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/09/2025	Fim do contrato: 10/09/2026	
Nº Dependentes: 3	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 600,00	1º Vencimento 10/09/2025
Observações: CONTRATO - 0786 05/08/2025 - CARNÊ / MENSAL.		

1.	Nome VALDIR SERGIO DE SOUZA (Outro)
Data Nascimento 09/09/1976 CPF 000.000.470-14 RG 3063538767	
2.	Nome MOISES SILVEIRA DE SOUZA (Outro)
Data Nascimento 26/11/2012 CPF 048.458.570-30 RG	
3.	Nome JULIA SILVEIRA DE SOUZA (Outro)
Data Nascimento 05/10/2004 CPF 019.537.940-33 RG 2129693525	

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 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.

Faxinal do Soturno, 05 de agosto de 2025

Assinatura do titular
ELENITA SILVEIRA

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo