

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 267 - Nome MARCELLO KEISMAN MICHELIN	
CPF 035.586.000-70	RG 1119893293
Data Nascimento 20/07/1999	
Endereço Completo RUA SETE DE SETEMBRO - 925	
Bairro CENTRO	Cidade DONA FRANCISCA
Cep 97280-000	Telefone
Celular (55) 99623-1426	

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☒ Boleto ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☐ Carnê ☐ Transferência bancária	☐ Vista R\$	☐ Bimestral R\$	☒ Trimestral R\$ 150.00	☐ Semestral R\$	☐ Mensal R\$
--	---------------------------------------	---	---	---	--

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 - 267 28/08/2025- RENOVAÇÃO, BOLETO / TRIMESTRAL + TARIFA BANCÁRIA DE R\$1,50.		

1.	Nome RAQUEL MIRANDA KEISMAN (Outro)		
	Data Nascimento 14/11/1974	CPF 625.479.760-72	RG 5063255623
2.	Nome NICOLE SOARES BRAGA (Outro)		
	Data Nascimento 20/09/1999	CPF 016.408.050-36	RG 8101941295
3.	Nome ALBERTO JOSE CHEROBINI (Outro)		
	Data Nascimento 05/06/1980	CPF 969.977.880-68	RG 1075621464

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, 28 de agosto de 2025

Assinatura do titular
MARCELLO KEISMAN MICHELIN

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo