

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 3791 - Nome JOSE BORTOLUZZI	
CPF 322.956.850-87	RG
Data Nascimento 11/10/1954	
Endereço Completo SANTA LUCIA	
Bairro INTERIOR	Cidade RESTINGA SECA/RS
Cep 97220-000	Telefone
Celular (55) 99989-4241	

Valor e Forma da Contribuição:

☐ Débito Bancário ☐ Boleto ☐ Dinheiro ☐ Desconto em Folha ☒ Carnê ☐ Transferência bancária	☒ Vista R\$ 900.00	☐ Bimestral R\$	☐ Trimestral R\$	☐ Semestral R\$	☐ Mensal R\$
--	--	---	--	---	--

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

Início do contrato: 10/04/2026	Fim do contrato: 10/04/2027	
Nº Dependentes: 8	(*) Valor Anual da Contribuição R\$ 900,00	1º Vencimento 10/04/2026
Observações: CONTRATO 848 PAGTO À VISTA 10% DESCONTO		

1.	Nome CELITA TEREZINHA IOP BORTOLUZZI (Outro)
Data Nascimento 01/03/1950 CPF 323.505.610-91 RG 5050715522	
2.	Nome LEONARDO IOP BORTOLUZZI (Outro)
Data Nascimento 06/06/1990 CPF 024.161.690-50 RG 4094438928	
3.	Nome CASSIO SIQUEIRA BORTOLUZZI (Outro)
Data Nascimento 09/01/2012 CPF 045.396.980-10 RG	
4.	Nome LAIS DEMETRIO SIQUEIRA (Outro)
Data Nascimento 10/06/1992 CPF 021.432.560-19 RG	
5.	Nome DEONISE RAMPELOTTO BORTOLUZZI (Outro)
Data Nascimento 06/06/1983 CPF 011.227.560-54 RG 5076979805	
6.	Nome DANIEL IOP BORTOLUZZI (Outro)
Data Nascimento 16/09/1983 CPF 822.900.750-00 RG 1082219328	
7.	Nome MANOELA RAMPELOTTO BORTOLUZZI (Outro)

Data Nascimento 26/01/2016		CPF 061.461.000-13		RG
8.	Nome MARIANA RAMPELOTTO BORTOLUZZI (Outro)			
Data Nascimento 08/10/2018		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) 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, 17 de março de 2026

Assinatura do titular
JOSE BORTOLUZZI

Hospital de Caridade São Roque
Tesoureiro/Gerente Administrativo