

Ajude o hospital Santa Cruz a brilhar cada vez mais.
Colaborando Com Mais Saúde você investirá no conforto dos pacientes e acompanhantes da ala São Francisco (ala de internação a pacientes do SUS). O valor arrecadado com a campanha será destinado para melhorias nas instalações da unidade.



Termo de autorização para contribuição espontânea com o Hospital Santa Cruz.

Nome do Cliente: _____

Código do Cliente: _____

CPF/CNPJ do Cliente: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Cidade: _____

Valor da doação mensal:

- R\$ 2,00
- R\$ 3,00
- R\$ 5,00
- Outro valor: _____

Assinatura do Cliente

Deposite este cupom em uma urna no hospital ou em estabelecimento comercial parceiro na cidade.

A arrecadação da contribuição será efetuada mensalmente na sua fatura de energia elétrica.

Caso desejar o cancelamento da sua contribuição espontânea, procure o hospital e preencha o formulário de encerramento de contribuição.

