

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 08/07/2025 às 11:26:38

19

Banco Recebedor: BANCO INTER S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: CASA DE A. A C. C. DE CONTAGEM

CPF/CNPJ: 00.211.504/0006-65 **Conta de Débito:** 00893/1292/000576788342-0

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 07794.11380 00002.394000 01112.084638 1 90345959244

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO INTER S/A

Código do Banco: 77 **Código do ISPB:** 416968

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: DMABE ADMINISTRADORA GESTAO E COBRA **CPF/CNPJ:** 26.822.241/0001-00

Nome/Razão Social: DMABE ADMINISTRADORA GESTAO E COBRA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTA **CPF/CNPJ:** 00.211.504/0006-65

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: CASA DE A. A C. C. DE CONTAGEM **CPF/CNPJ:** 00.211.504/0006-65

Data do Vencimento: 10/07/2025

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 07/07/2025

Abatimento (R\$): 0

Valor Nominal do Boleto: 239.4

Valor Calculado (R\$): 239.4

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 239.4

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 07/07/2025 -

Código da operação: 49344487997

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

Ouvidoria

0800 726 0101

0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

0800 104 0104

inter



Boleto Pix
R\$239,40

Quem vai receber:

D'MABE
ADMINISTRAÇÃO, GESTÃO E COBRANÇA EMPRESARIAL



Pague sua cobrança via Pix, o recebimento é instantâneo.

Leia o QR Code no seu celular.

inter

Beneficiário
D'MABE - ADMINISTRADORA, GESTAO E COBRANCA EMPRESARIAL
Endereço do Beneficiário
RUA DOS TIMBIRAS, 2072 - SALAS: 901/902 - LOURDES - BELO HORIZONTE/MG - CEP: 30140-069

Pagador 74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGA	Vencimento 10/07/2025	Valor do Documento 239,40
Agência / Código do Beneficiário 0001/18910374-4	Nosso Número / Cód. do Documento 012025000044546	Autenticação Mecânica

inter

| 077-9 |

077 9 0 00116120846381 9103459592444411380000023940

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento 10/07/2025	
Beneficiário D'MABE - ADMINISTRADORA, GESTAO E COBRANCA EMPRESARIAL				Agência / Código do Beneficiário 0001/18910374-4	
Endereço do Beneficiário RUA DOS TIMBIRAS, 2072 - SALAS: 901/902 - LOURDES - BELO HORIZONTE/MG - CEP: 30140-069				Nosso Número / Cód. do Documento 012025000044546	
Data do Documento 07/07/2025	Nº do Documento 44.546	Espécie Documento DM	Aceite NAO	Data de Processamento 07/07/2025	(=) Valor do Documento 239,40
Uso do Banco	Carteira 21	Espécie Moeda BRL	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Desconto / Abatimento
Informações de responsabilidade do beneficiário MED - SINTIBREF MG CONFORME: Previsão em convenção coletiva de trabalho ou acordo coletivo de trabalho, fundamentado pelo art 611 caput e & primeiro da c/c art 7 inciso XXVI da CF/88. Apos o vencimento, cobrar multa de 2,0% e juros de mora de 0,033% ao dia. BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/07/2025 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 6/2025)					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador 74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGA VILLE
GIRASSOL, 60 - CONTAGEM
Beneficiário Final SINDICATO EMP INST BEN RELIG FIL EST MG
CNPJ/CPF: 211504000665
MG 32056-434
CNPJ/CPF: 2131247000172



Garantimos que o material/serviço
constante deste documento é
Prestado em perfeitas condições.
Pago pela Conta: 5262883420
Cheque: 49344487997
Conto em 07 de julho de 2025
Assinatura mg/17066525

LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB - MEDICAMENTO		
NOME:GERUSIA CARDOSO	R\$	19,95
NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	R\$	19,95
NOME:DEYSIELE DUARTE GONGALVES	R\$	19,95
NOME:ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	R\$	19,95
NOME:VITORIA MARTINS PINTO	R\$	19,95
NOME: GERALDIANE DA SILVA	R\$	19,95
NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO	R\$	19,95
TOTAL:	R\$	139,65

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - MEDICAMENTO		
NOME:EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	19,95
NOME: HELOISA HELENA DA COSTA	R\$	19,95
NOME:IRENE ALVES FERNANDES SILVA	R\$	19,95
NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO	R\$	19,95
NOME: WANDERLEY GOMES	R\$	19,95
TOTAL:	R\$	99,75

R\$	239,40
-----	--------

Contribuinte: 74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGAVILE

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO /	036.***.***-	28/04/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
DEYSIELE DUARTE GONCALVES /	104.***.***-	02/07/****	TITULAR	01/05/2025		19,95	6/2025	1
ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS /	220.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES /	169.***.***-	17/02/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
GERALDIANE DA SILVA SOUSA /	095.***.***-	11/04/****	TITULAR	01/06/2025		19,95	6/2025	1
GERUSIA CARDOSO AMORIM /	088.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/06/2025		19,95	6/2025	1
GIOVANNA DA SILVA ROMAO /	148.***.***-	15/11/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
HELOISA HELENA DA COSTA /	824.***.***-	06/07/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
IRENE ALVES FERNANDES DA SILVA /	932.***.***-	19/11/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO /	037.***.***-	09/05/****	TITULAR	01/03/2025		19,95	6/2025	1
VITORIA MARTINS PINTO	163.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/05/2025		19,95	6/2025	1
WANDERLEY GOMES	884.***.***-	14/04/****	TITULAR	01/06/2025		19,95	6/2025	1

BOLETO: ANO: 2025 - NUMERO DO DOCUMENTO: 44546 - Vencendo em: 10/07/2025 - Referente aos empregados ativos em: 6/2025

Quantidade de Titulares: 12 - Quantidade de Dependentes: 0

Convenio: - MEDICAMENTO PARA TODOS

Modalidade: 1 - REPRESENTADO Qtd. Titulares: 12




Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores, convencionado coletivamente (Instrumento CCT), o SINTIBREF-MG possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados neste termo aditivo, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

PARÁGRAFO NONO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar nos respectivos contracheques, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" deste termo aditivo vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - MEDICAMENTO PARA TODOS - VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2025 A 31/12/2025

Fica assegurado a todos os empregados abrangidos por esta categoria, o benefício "Medicamento Para Todos", que oferece medicamentos genéricos e similares GRATUITAMENTE, desde que receitados pelos profissionais dos PAF's ou do plano próprio aprovado pelo Sintibref/MG. Aplica-se a todos os empregados das Instituições que estão nas cidades abrangidas pelos PAF's que não sejam Paf Virtual, pelo medicamento já estar integrado a este último benefício.

I - O trabalhador solicitará seu medicamento à Central de Atendimento via Telefone (WhatsApp): (031) 4042-5046, que será exclusiva para o trabalhador da categoria do Sintibref-MG, com horário de funcionamento das 09:00 às 18:00 de Segunda a Sexta-feira exceto Sábado, Domingo e Feriado.

II - Após confirmações dos dados do empregado e da disponibilidade do medicamento receitado, o medicamento solicitado será entregue no prazo de 2 a 5 dias úteis no endereço informado pelo trabalhador, nas cidades acima referenciadas do Estado de Minas Gerais, em horário comercial (09:00hs às 18:00hs) e será retida a receita médica no ato da entrega do medicamento pelo entregador, quando necessário.

III - Serão realizadas duas tentativas de entrega do medicamento no endereço informado pelo trabalhador e não havendo efetivação da entrega por ausência do trabalhador ou responsável indicado, será cobrado o valor de R\$ 20,00 (vinte reais) como taxa de deslocamento, pagos pelo trabalhador diretamente a MAIS BENEFÍCIOS PARA TODOS, conforme contato e instruções repassadas pela Central de Atendimento.

IV - Os empregados terão até o limite de 30 (trinta) dias para solicitar o medicamento após a data de emissão da receita.

V - Os medicamentos de uso contínuo, deverão ter a renovação de receita a cada 60 (sessenta) dias.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Para que haja o pleno cumprimento da presente cláusula, o empregador deverá realizar a inclusão dos empregados através do Acesso do Cliente no Sistema da D'Mabe, disponível no endereço: sistema.dmabe.com.br. O login e senha de acesso deverá ser solicitado através do e-mail: medicamento.sintibrefmg@dmabe.com.br, ou pelo Whatsapp: (31) 99585-2345.

I - Para realizar as inclusões, o empregador, através do Acesso do Cliente, deverá informar os seguintes dados dos trabalhadores: NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE, TELEFONE CELULAR, DATA DE ADMISSÃO e para realizar as finalizações, deverá informar a DATA DE DEMISSÃO.

II - A data limite para movimentações de empregados é até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, sendo a finalização dos empregados excluídos para o último dia do mês e a vigência para utilização iniciada no mês seguinte da inclusão dos empregados. O sistema é programado para receber as atualizações até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês, independente se essa data for final de semana ou feriado.

III - A não informação por parte do empregador, dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês, obriga o pagamento das mensalidades até que seja realizada a exclusão do trabalhador através do Acesso do Cliente no Sistema da D'Mabe. A homologação feita na entidade sindical não retira a obrigatoriedade de informação.

IV - O SINTIBREF-MG se responsabiliza, através da gestora parceira pelo fiel cumprimento do benefício de cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de R\$ 19,95 (dezenove e noventa e cinco reais) por cada empregado, no prazo e forma estabelecidos nos parágrafos abaixo, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês.

V - A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a movimentação refeita através do Acesso do Cliente no Sistema da D'mabe.

VI - Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão no acesso do empregador antigo e a inclusão no acesso do novo empregador.

VII - As informações cadastrais da instituição e dos beneficiários através do Acesso do Cliente no Sistema da D'Mabe é de inteira responsabilidade do empregador, bem como a obrigatoriedade de mantê-los atualizados. O sistema oferece segurança nos tratamentos de dados pessoais, e consequentemente no cumprimento dos artigos 46 e seguintes da Lei Geral De Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

PARÁGRAFO SEGUNDO

Para garantia das coberturas contratadas, o empregador deverá proceder com o pagamento do valor de R\$ 19,95 (dezenove e noventa e cinco reais) por cada empregado ativo no mês anterior ao vencimento, os pagamentos serão feitos através de boleto bancário para pagamento via código de barras ou QR Code (Pix).

I - Mensalmente a D'Mabe encaminhará a cada empregador (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização realizada no acesso do cliente até o dia 25 (vinte e cinco) do mês anterior. Os boletos bancários e lista de beneficiários também ficarão disponíveis para retirada do empregador através do Acesso do Cliente no Sistema da D'Mabe. Caso não receba, ou tenha dificuldades no acesso dos boletos solicite a administradora parceira, através do Whatsapp: (31) 99585-2345 ou e-mail: faturamento.sintibrefmg@dmabe.com.br

II - O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% a dia, sobre os valores principais conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

III - Para que não ocorra a suspensão do uso dos trabalhadores e de seus dependentes, se for o caso, a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário até o dia 30 do mês subsequente a inclusão do trabalhador e seus dependentes no Sistema da D'mabe, para exercício do benefício.

IV - O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência serão de responsabilidade da instituição empregadora.

PARÁGRAFO TERCEIRO

São considerados dependentes dos trabalhadores da categoria casados ou por união estável, os filhos e cônjuges, e aos trabalhadores solteiros, os pais.

I - Faculta-se aos empregados, que livremente desejarem, mediante autorização expressa, a inclusão de dependentes por sindicalização, conforme critérios e modalidades oferecidas pelo SINTIBREF-MG e previstas no Termo de Adesão e nas disposições da cláusula "Desconto de Mensalidades" prevista na CCT 2024/2025.

PARÁGRAFO QUARTO

No caso de trabalhadores afastados/aposentado por invalidez, antes do início do Medicamento Para Todos, a instituição fica isenta da obrigatoriedade de inclusão, até que este retorne suas atividades. No caso de trabalhadores afastados após sua inclusão no referido benefício, a instituição empregadora continuará responsável pelo pagamento da mensalidade dos empregados, incentivando-os a consultas médicas para que de forma preventiva possa dar manutenção à sua saúde na tentativa de eliminar possíveis danos e evitar tratamentos mais dispendiosos e de maior grau de dificuldade para restabelecimento, em condições de trabalho. Entende-se por afastamento qualquer modalidade de afastamento pelo INSS inclusive aposentadoria por invalidez.

I - Após o retorno do trabalhador afastado/aposentado por invalidez, poderá a instituição empregadora descontar os valores pagos ao SINTIBREF-MG, referente à parte descontada do empregado, desde que parceladamente, sendo que o valor de cada parcela não deve exceder o dobro do valor do benefício pago pelo empregado, ou seja, até dois meses do valor descontado dele mensalmente.

PARÁGRAFO QUINTO

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que COMPROVADAMENTE os benefícios, vantagens e condições não sejam inferiores e ou em menor quantidade, abrangência e qualidade dos que estão elencados nesta cláusula, e que não haja qualquer prejuízo econômico aos empregados. Para tanto, o empregador deve solicitar análise das condições benefício oferecido, devendo o empregador enviar ao sindicato pelo e-mail: analisepaf.sintibrefmg@dmabe.com.br, a comprovação de permanência dos empregados no benefício próprio, a cópia do contrato ou proposta com o prestador de saúde, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível ou comprovante de pagamento, e a lista dos empregados beneficiários, especificando qual percentual ou custo pago pelas partes, trabalhador e empregador, e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores. Este procedimento deve ser realizado anualmente, ou sempre que houver alteração nas condições do benefício ofertado. O SINTIBREF-MG informará a aceitação ou não, via e-mail, e caso seja aprovado o empregador deve realizar a exclusão dos empregados no benefício Medicamento Para Todos. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou do envio de permanência, a cada data base.

PARÁGRAFO SEXTO

A Instituição Empregadora que possuir plano próprio de saúde aprovado pelo SINTIBREF-MG em substituição aos PAF's previstos convencionalmente, permanecerá com a obrigação de cumprimento do "Benefício Medicamentos para Todos", previsto nesta cláusula, garantindo aos trabalhadores medicamentos Genéricos e Similares gratuitamente, desde que receitados pelos profissionais do plano aprovado. Dessa forma, a Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: medicamento.sintibrefmg@dmabe.com.br até o dia 25 (quinze) de cada mês os trabalhadores admitidos e ou demitidos, para inclusão e ou exclusão do trabalhador no benefício.

PARÁGRAFO SÉTIMO

O presente benefício aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: Contrato de Trabalho por tempo indeterminado; Contrato de Trabalho por prazo determinado, inclusive em período de experiência, Contrato de Trabalho Temporário, contrato de aprendizagem, contrato intermitente e etc.

PARÁGRAFO OITAVO

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta a Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

PARÁGRAFO NONO

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores, convencionado coletivamente (Instrumento CCT), o SINTIBREF-MG possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados neste termo aditivo, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

PARÁGRAFO DÉCIMO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar nos respectivos contracheques, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" deste termo aditivo vigente.

SEGURO DE VIDA

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - SEGURO DE VIDA TOTAL - VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2025 A 31/12/2025

O seguro estabelecido na presente cláusula visa garantir melhores condições à categoria, proporcionando segurança e vantagens aos trabalhadores e empregadores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fica estabelecida a obrigatoriedade do presente Seguro de Vida, para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, no valor mensal de R\$10,72 (dez reais e setenta e dois centavos), podendo ser compartilhado conforme prevê o parágrafo quinto desta cláusula, conforme as seguintes tabelas de coberturas e assistências:

SEGURO DE VIDA EM GRUPO			
	TITULAR	CÔNJUGE	FILHOS
	R\$	R\$	R\$
MORTE	18.000,00	5.100,00	3.400,00
MORTE ACIDENTAL	18.000,00	5.100,00	NÃO TEM