



20

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Ru direto/indireto

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	00.211.504/0006-65
Nome:	CASA DE A. A C. C. DE CONTAGEM
Conta de débito:	00893 1292 000576788342-0

Representação numérica do código de barras:	75691.40309 01064.397118 09615.200012 1 13220000031320
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CENTRAL CLUBE DE SEGUROS
Nome/Razão Social:	CENTRAL CLUBE DE SEGUROS
CPF/CNPJ:	34.002.229/0001-87
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE
CPF/CNPJ:	00.211.504/0006-65
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	CASA DE A. A C. C. DE CONTAGEM
CPF/CNPJ:	00.211.504/0006-65

Data do Vencimento:	10/01/2026
Data de Efetivação / Agendamento:	09/01/2026
Valor Nominal do Boleto:	313,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	313,20
Valor Pago (R\$):	313,20

Data/hora da operação:	09/01/2026 17:00:03
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	58410230020
Chave de segurança:	5VAM88YQ6U4Y2XX0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Instruções de impressão

- Imprima em impressora jato de tinta ou laser. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm).
- Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.
- Caso tenha problemas ao imprimir, copie a linha digitável abaixo e pague no caixa eletrônico ou no Internet banking.

Linha digitável: 75691.40309 01064.397118 09615.200012 1 13220000031320

Valor R\$: 313,20

Recibo do pagador

SICOOB		756-0	75691.40309 01064.397118 09615.200012 1 13220000031320		
Local do pagamento				Cooperativa contratante/Código do Beneficiário	
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				4030 / 0643971	
Beneficiário: Central Clube de Seg - SEGBEM			CNPJ: 34.002.229/0001-87		Nosso número 1096152-0
Data do documento 29/12/2025		Nr. do documento 1376883		Vencimento 10/01/2026	(=)Valor do documento 313,20
(-)Descontos	(-)Outras Deduções/Abatimentos	(+)Mora/Multa/Juros	(+) Outros Acréscimos	(=)Valor cobrado	
Pagador: 27099 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE CNPJ: 00.211.504/0006-65					
Endereço: Rua Girassol, 60 - Bairro: Buganville I CONTAGEM MG - CEP: 32056434					
Demonstrativo				Autenticação mecânica	

Corte na linha pontilhada

SICOOB		756-0	75691.40309 01064.397118 09615.200012 1 13220000031320		
Local do pagamento					Vencimento 10/01/2026
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					
Beneficiário: Central Clube de Seg - SEGBEM			CNPJ: 34.002.229/0001-87		Cooperativa contratante/Código do Beneficiário 4030 / 0643971
Data do documento 29/12/2025	Nr. do documento 1376883	Espécie DOC DM	Aceite NAO	Data processam. 29/12/2025	Nosso número 1096152-0
Uso do banco	Carteira 1	Espécie Moeda R\$	Qtde. moeda	Valor	(=)Valor do documento 313,20
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL CONFORME: Apos o vencimento, cobrar multa de 2,0% e juros de mora de 0,033% ao dia. BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/01/2026(BOLETO MENSAL REFERENTE AOS EMPREGADOS ATIVOS EM 12/2025) Nome fantasia: CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE					(-)Descontos
					(-)Outras Deduções/Abatimentos
					(+)Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=)Valor Cobrado
Pagador: 27099 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE CNPJ: 00.211.504/0006-65					
Endereço: Rua Girassol, 60 - Bairro: Buganville I CONTAGEM MG - CEP: 32056434					
Sacador/Avalista:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
Pago pela Conta: **526788362-0**
Cheque: **58410230020**
Contagem, **09** de **Jan** de **2026**
13325807 Assinatura **mg/2046580**

LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB -BEM ESTAR		
NOME:VITORIA MARTINS PINTO	R\$	26,10
NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	R\$	26,10
NOME:ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	R\$	26,10
NOME: GERALDIANE DA SILVA SOUSA	R\$	26,10
NOME: GERUSIA CARDOSO AMORIM	R\$	26,10
NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO	R\$	26,10
TOTAL:	R\$	156,60

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - BEM ESTAR		
NOME: DAYANE SILVA ALVES	R\$	26,10
NOME:EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	26,10
NOME: HELOISA HELENA DA COSTA	R\$	26,10
NOME:IRENE ALVES FERNANDES SILVA	R\$	26,10
NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO COELHO	R\$	26,10
NOME: WANDERLEY GOMES	R\$	26,10
TOTAL:	R\$	156,60

R\$	313,20
-----	--------

 direta
 indireta



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM DEZEMBRO/2025
00.211.504/0006-65 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE
SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Ação
CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	036.057.776-86	13/11/1977	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
DAYANE SILVA ALVES	119.575.556-29	13/12/1994	01/09/2025		Criar acesso para Empregado
ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	220.879.438-93	02/08/1983	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	169.564.926-52	30/10/2005	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
GERALDIANE DA SILVA SOUSA	095.611.366-43	11/04/1986	01/05/2025		Criar acesso para Empregado
GERUSIA CARDOSO AMORIM	088.412.726-51	02/08/1986	01/05/2025		Criar acesso para Empregado
GIOVANNA DA SILVA ROMAO	148.336.496-83	15/11/1999	01/02/2025		Criar acesso

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Ação
HELOISA HELENA DA COSTA	824.028.926-68	06/07/1963	01/02/2025		para Empregado Criar acesso para Empregado
IRENE ALVES FERNANDES SILVA	932.612.176-34	19/11/1973	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO	037.758.436-39	09/05/1980	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
VITORIA MARTINS PINTO	163.167.686-56	13/03/2002	01/04/2025		Criar acesso para Empregado
WANDERLEY GOMES	884.591.446-15	14/04/1971	01/05/2025		Criar acesso para Empregado

OUTROS AUXÍLIOS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL - 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 acidentes pessoais e assistências no valor de R\$ 26,10 (vinte e seis e dez centavos), para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, conforme as seguintes tabelas de coberturas e assistências: PLANO OURO

ASSISTÊNCIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELA	DESCRIÇÃO
KIT NATALIDADE	R\$ 450,00	-	Nascimento de filho(a) da empregada titular.
CESTA BÁSICA	R\$ 500,00	1	Afastamento por doença por período superior a 60 dias.
COMPLEMENTO DE REMUNERAÇÃO POR AFASTAMENTO	R\$ 1.000,00	1	Afastamento por doença por período superior a 90 dias.
REEMBOLSO CRECHE	R\$ 600,00	1	Matrícula do(a) filho(a) em creche particular.
CASAMENTO	R\$ 900,00	1	Em caso de casamento do titular.
APOSENTADORIA	R\$ 2.000,00	1	Aposentadoria do titular.
REEMBOLSO MATERIAL ESCOLAR	Até R\$ 500,00	1	Aquisição de material escolar de filho(s) matriculado(s) em escola particular no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano).
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL	-	-	Disponibiliza apoio nutricional ao titular por telefone.
ASSISTÊNCIA FITNESS	-	-	Disponibiliza assistência "personal fitness" ao titular por telefone.
ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	-	-	Disponibiliza apoio psicológico ao titular por telefone ou videochamada, priorizando a saúde mental.
ASSISTÊNCIA JURÍDICA	-	-	Disponibiliza orientação jurídica on-line ao titular (chat ou parecer).
CLUBE DE VANTAGENS	-	-	Rede nacional de descontos.
COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO	
MORTE ACIDENTAL - MA	R\$ 15.000,00	Morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.	
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA	Até 30 diárias de R\$ 200,00 cada	Em caso de hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoalcoberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.	
4 SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)	R\$ 500,00	Valores líquidos de Imposto de Renda.	
ASSISTÊNCIAS PARA AS INSTITUIÇÕES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	Até R\$ 2.000,00	1	Pagamento de rescisão de empregado com no mínimo sete anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	R\$ 1.500,00	1	Verba para treinamento em razão da admissão de trabalhador acima de 60 anos ou que tenha deficiência ou estagiário.
LICENÇA-PATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença do empregado titular.
LICENÇA-MATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença da empregada titular.
AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE EMPREGADO	R\$ 2.000,00	1	Afastamento do titular por acidente, superior a 30 dias.
ASSISTÊNCIA BEM + RH	-	-	Suporte às empresas no desenvolvimento da saúde emocional dos colaboradores com acompanhamento de profissional especializado através de ferramentas e conteúdos específicos.
COBERTURA SECURITÁRIA PARA AS INSTITUIÇÕES			
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO	
RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL	Até R\$ 2.000,00	Reembolso de despesas com pagamento de verbas rescisórias, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos.	

PARÁGRAFO SEGUNDO

As entidades signatárias deste instrumento, estabeleceram parceria com a Central dos Benefícios, que será responsável por toda a gestão e viabilização das apólices de seguro emitidas por intermédio das Empresas Seguradoras, que garantirão à toda categoria o PROGRAMA BEM-ESTAR INTEGRAL. conforme tabela acima.

I - Para que haja o cumprimento da presente cláusula, através da parceria indicada, o empregador deve realizar a contratação pelo Portal do Cliente disponível no endereço: <https://portal.centraisdosbeneficios.com.br/adesao/>, dar o aceite ao TERMO DE ADESÃO do benefício, que contém as informações e regras de utilização (tais como: data de movimentação dos empregados, dados a serem informados dos empregados, informações sobre inadimplência, procedimentos para abertura e andamentos de sinistro, e condições gerais do produto/benefício) bem como quaisquer informações e dúvidas que houver poderão ser resolvidas através dos canais da central de atendimento do parceiro constantes no site e pelos telefones: (31) 3297-5353 e 0800-9410-123.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os empregadores que oferecerem os mesmos benefícios previstos nesta cláusula aos seus empregados por meio de outro prestador contratado, através de prestador devidamente registrado na SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, estão desobrigados do cumprimento com a empresa parceira, desde que comprovadamente este prestador garanta indenizações e vantagens previstos no Parágrafo Primeiro desta cláusula e desde que tais benefícios não sejam inferiores e/ou em menor quantidade, abrangência e qualidade dos que lá estão elencados, e que não haja qualquer prejuízo econômico aos empregados. Para tanto, devem solicitar análise ao SINTIBREF-MG, para a validação e concessão do respectivo termo de aceite, devendo ser comprovado anualmente a permanência dos empregados no benefício contratado.

I - Para análise das condições do benefício oferecido, o empregador deve enviar ao e-mail: analise@sintibref-minas.org.br, cópia do contrato com rol de procedimentos cobertos ou proposta com o prestador de serviço, a relação dos empregados que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e demais documentos que possam comprovar quaisquer ônus aos trabalhadores.

II - Optando pela contratação do presente Seguro com a Central dos Benefícios, as entidades signatárias deste instrumento, contarão ainda com os seguintes diferenciais:

- Contratação facilitada, 100% digital;
- Apólice Coletiva com emissão de Certificado Individual para cada segurado;
- Sem análise de perfil de saúde;
- Pagamento Postecipado;
- Atendimento exclusivo e humanizado;

PARAGRAFO QUARTO

Em caso de prejuízo ao empregado por inadimplência e/ou descumprimento pelo empregador, o empregador configurar-se-á inteiramente como responsável pelo pagamento das garantias estabelecidas nesta cláusula, quando da ocorrência de tais eventos, bem como, permanece regularmente responsável pelo descumprimento da presente convenção coletiva de trabalho, assumindo todo ônus e penalidades pelo indevido descumprimento.

I - Aos trabalhadores afastados antes do início do Programa Bem-Estar Integral, o Empregador fica isento da obrigatoriedade de inclusão até que este retorne às suas atividades. No caso de trabalhadores afastados após sua inclusão no referido benefício, o Empregador continua responsável pelo pagamento das mensalidades, inclusive em casos de aposentadoria por invalidez.

PARÁGRAFO QUINTO

O presente seguro aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: contrato de trabalho por tempo indeterminado, por prazo determinado, por período de experiência, temporário entre outras modalidades com previsão na Consolidação das Leis do Trabalho, ou aceitas pela jurisprudência.

PARÁGRAFO SEXTO

Fica facultado às Instituições empregadoras parceiras do 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 no contracheque deles, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" de termo aditivo vigente.

JORNADA DE TRABALHO – DURAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, CONTROLE, FALTAS FALTAS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ABONO DE FALTAS JUSTIFICADAS

Poderão os empregados deixar de comparecer no trabalho, sem prejuízo do salário, conforme disposto:

Motivo:	Qtd. de dias:	Base legal:
Falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica.	Até 2 (dois) dias consecutivos	Art. 7473, CLT e 320, §3º, CLT
Casamento.	Até 3 (três) dias consecutivos	Art. 7473, CLT e 320, §3º, CLT
Licença-paternidade.	Cinco dias consecutivos	§1º, Art. 10, ADCT, até que seja disciplinado o art. 7º XIX, da Constituição Federal.
Doação voluntária de sangue devidamente comprovada.	Por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho.	Art. 7473, CLT
Alistar eleitor.	Até 2 (dois) dias consecutivos ou não.	Art. 7473, CLT
Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar).	No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências previstas em lei.	Art. 7473, CLT