

Comprovante de Pagamento de Boleto

23

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/11/2025 às 14:42:06

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO 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: 34195.12610 00002.685010 90073.566496 6 26900101000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI **CPF/CNPJ:** 19.112.659/0001-68

Nome/Razão Social: WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI

Pagador Sacado

Nome Fantasia: CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE **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: 10/11/2025

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 07/11/2025 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 268.5

Valor Calculado (R\$): 268.5

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 268.5

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 07/11/2025 -

Código da operação: 55234101726

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

BENEFICIÁRIO:
WIN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)
MINISTRO OROZIMBO NONATO 442 SALA 701, VILA DA SERRA
NOVA LIMA/MG — 34.006-053

RECIBO DO PAGADOR

Nome do Cliente CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE (CNPJ: 00.211.504/0006-65)		Data de Vencimento 10/11/2025	Valor Cobrado
Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101	Nosso Número 109/00735664-9	Autenticação Mecânica	

Itaú Banco Itaú S/A | **341-7** | **34191.09008 73566.496623 69001.010003 5 12610000026850**

Local do Pagamento					Vencimento 10/11/2025
Beneficiário WIN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)					Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101
Data Documento 20/10/2028	Nº do Documento 0000735664	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 28/10/2025	Nosso Número 109/00735664-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 268,50
Instruções Multa de 2% após o vencimento + juros de 0,033% ao dia. Mensalidade conforme produto contratado. ANS 41923-1 Número Nf: 534297 - Competência: 11/2025 Valor da mensalidade: R\$ 268.50 Valor da coparticipação: R\$ 0					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE (CNPJ: 00.211.504/0006-65) TREZE , , BUGANVILE I CONTAGEM/MG — 32.056-434					Código de Baixa Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



Certificamos que o Material/Serviço
constante deste documento foi Recebido/
Prestado em perfeitas condições.
Pago pela Conta: 576788342-0
Cheque: 55234101726
Contagem 07 de novembro de 2025
Assinatura 17046585

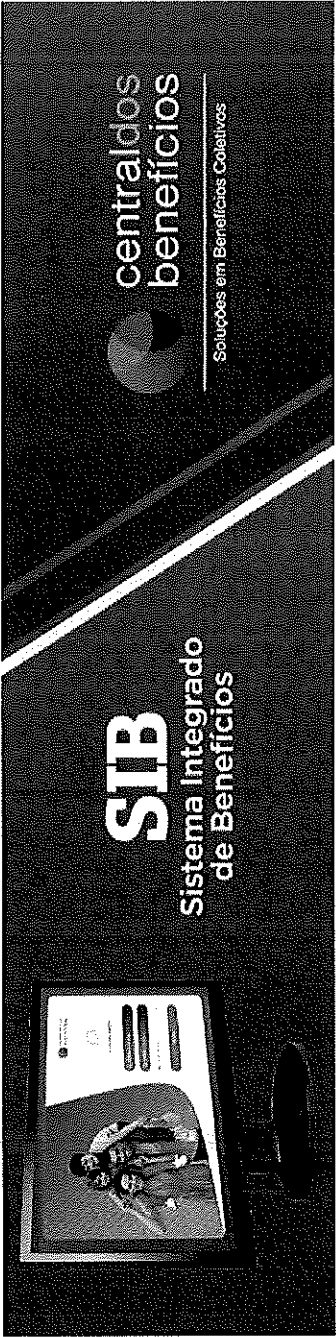
		PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA Secretaria Municipal de Fazenda					
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe A autenticidade desta nota pode ser confirmada em: https://e-nfs.com.br/e-nfs_novalima , informando o código de verificação.		Código de verificação 2E0CB08AF	Data/Hora da emissão 2025-11-03 - 14:54:07				
		Natureza da operação ISSQN a Recolher	Número da Nota 534297				
Prestador de Serviços							
 WIN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA MINISTRO OROZIMBO NONATO, 442, SALA 701, 702, 707, 708 E-OFFI VILA DA SERRA CEP 34006-053 - NOVA LIMA - MG - BRASIL CPF/CNPJ 19.112.659/0001-68 Inscrição Municipal 131705668 Email fiscal@dhisa.com.br Inscrição Estadual							
Tomador de Serviço							
Nome do tomador do serviço: CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE CPF/CNPJ: 00.211.504/0006-65 Endereço: TREZE, E, Bairro: BUGANVILLE I Cep: 32056434 Cidade: CONTAGEM - MG - BRASIL Inscrição Municipal Email: rh@casadeapoio.org.br Inscrição Estadual							
Discriminação do Serviço/Dados Adicionais							
PLANO ODONTOLOGICO REFERENTE AO VENC: 10112025 R\$ 26850 NF REFERENTE AO BOLETO NUMERO DO DOCUMENTO: 0000735664 TRIBUTOS INCIDENTES CONFORME LEI 127412012: ISSQN 2% PIS 065% COFINSCL 4% BASE DE CALCULO PARA RETENCAO NA FONTE DO IRPISCOFINSCLL NOS TERMOS DA LEI 971898 R\$ 12435							
Serviço: 1712-ADMINISTRAÇÃO EM GERAL, INCLUSIVE DE BENS E NEGÓCIOS DE TERCEIROS							
Valor do Serviço (R\$)	Qtd.	Desconto(R\$)	Dedução(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor do ISS(R\$)	Total(R\$)
268,50	1,00	0,00	144,15	124,35	2,00	2,49	268,50
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 268,50							
Retenções							
INSS(R\$)	PIS(R\$)	Cofins(R\$)	C.S.L.L(R\$)	IRRF(R\$)			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
ISSQN(R\$)	Outras Retenções(R\$)	Total das Retenções (R\$)		Valor Líquido da Nota(R\$)			
0,00	0,00	0,00		268,50			
Outras Informações							
- ISS de responsabilidade do: Prestador de serviço - Serviço Tributado no Município: NOVA LIMA - Esta NFSE foi emitida com respaldo da Lei nº 1.911/2005 e do Decreto nº 10.259/2020. - Data do vencimento do ISS desta NFSE: 12/12/25 - Esta NFS-e substitui o RPS Nº 660670, série: A, emitido em 03/11/2025							
							

LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB - PLANO ODONTOLOGICO		
NOME: GERALDIANE DA SILVA SOUSA	R\$	17,90
NOME: DEYSIELE DUARTE GONÇALVES	R\$	17,90
NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	R\$	17,90
NOME: ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	R\$	17,90
NOME: GERUSIA CARDOSO AMORIM	R\$	17,90
NOME: VITORIA MARTINS PINTO	R\$	17,90
NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO	R\$	17,90
TOTAL:		R\$ 125,30

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - PLANO ODONTOLOGICO		
NOME: DAYANE SILVA ALVES	R\$	17,90
NOME: EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	17,90
NOME: HELOISA HELENA DA COSTA	R\$	17,90
NOME: IRENE ALVES FERNANDES SILVA	R\$	17,90
NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO	R\$	17,90
NOME: WANDERLEY GOMES	R\$	53,70
TOTAL:		R\$ 143,20

R\$	268,50
-----	--------

direto
 indireto



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM NOVENBRO/2025
00.211.504/0006-65 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE
PLANO ODONTOLÓGICO

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
CLEONI PEREIRA RODRIGUEUS MACHADO	036.057.776-86	13/11/1977	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
DAYANE SILVA ALVES	119.575.556-29	13/12/1994	01/10/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
DEYSIELE DUARTE GONCALVES	104.611.006-30	02/07/1989	01/05/2025	01/12/2025	TITULAR	Criar acesso para Empregado
ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	220.879.438-93	02/08/1983	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	169.564.926-52	30/10/2005	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
GERALDIANE DA SILVA SOUSA	095.611.366-43	11/04/1986	01/06/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
GERUSIA CARDOSO AMORIM	088.412.726-51	02/08/1986	01/06/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
GIOVANNA DA SILVA ROMAO	148.336.496-83	15/11/1999	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
HELOISA HELENA DA COSTA	824.028.926-68	06/07/1963	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
IRENE ALVES FERNANDES SILVA	932.612.176-34	19/11/1973	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO	037.758.436-39	09/05/1980	01/03/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
VITORIA MARTINS PINTO	163.167.686-56	13/03/2002	01/05/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
WANDERLEY GOMES	884.591.446-15	14/04/1971	01/06/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
ELIZABETH DOMINGOS DE ANDRADE	030.668.136-65	03/08/1976	01/07/2025		DEPENDENTE	
EMILLY VITORIA DE SOUZA ANDRADE	167.472.266-40	08/01/2018	01/07/2025		DEPENDENTE	

Os empregadores fornecerão, alternativamente ao vale-transporte, mediante solicitação do empregado, o auxílio combustível destinado ao abastecimento de veículos de uso do trabalhador, para deslocamento ao trabalho.

I - O valor do auxílio combustível será equivalente ao valor do vale-transporte a que o empregado teria direito caso optasse por este.

II - O empregador poderá efetuar desconto de até 6% (seis por cento) do salário base mensal do empregado, conforme previsto artigo 4º, inciso I da Lei nº 7.418/85 e no artigo 114, inciso I do Decreto nº 10.854 caso a opção pelo benefício seja exercida.

III - O vale combustível concedido tem natureza unicamente indenizatória, revestindo-se do disposto no art. 2º da lei nº 7.418/85, não se constituindo em benefício ou parcela de natureza salarial.

AUXÍLIO SAÚDE

CLÁUSULA SEXTA - PLANO ODONTOLÓGICO - VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2025 A 31/12/2025

Fica estabelecida a obrigatoriedade do presente Plano Odontológico, para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, no valor de no valor de **R\$17,90 (Dezessete reais e noventa centavos)**, devendo conter as seguintes coberturas:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os procedimentos cobertos tanto para empregados quanto dependentes contemplam: rol mínimo da ANS, quais sejam, cirurgia, dentística, diagnóstico, endodontia, odontopediatria, pacientes especiais, prótese, periodontia, radiologia, urgência, prevenção em saúde bucal, bem como, mais de 27 (vinte e sete) procedimentos adicionais nas seguintes coberturas: prótese dentária, cirurgia, dentística, emergência, endodontia, odontologia legal, odontopediatria, periodontia, prevenção, radiologia.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O Sindicato estabeleceu parceria com a Central dos Benefícios através da Win Administradora de Benefícios, autorizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde), que por meio de operadora de serviços odontológicos, oferece todos os procedimentos elencados no parágrafo primeiro, com exceção das cidades em processo de implementação ou que estejam a mais de 100 km do polo de atendimento da(s) clínica(s), conforme inciso II. Acesse a rede credenciada <https://www.odontoprev.com.br/redecredenciada/selecaoProduto?cdMarca=1>.

I - O Empregador localizado nas cidades onde ainda está sendo implementado o atendimento por parte da operadora do plano odontológico ou que estejam a mais de 100 km do polo de atendimento, são desobrigadas do cumprimento desta cláusula, até que chegue atendimento na cidade ou em um polo de atendimento em um raio de até 100 km de distância.

II - As cidades que não são polos de atendimento, mas estão em distância inferior a um raio de 100 km das clínicas credenciadas continuam obrigadas a cumprir esta cláusula.

III - Os trabalhadores que estiverem nas cidades com distância superior a 100 km e desejarem fazer o uso do referido benefício, poderão fazê-lo e neste caso o empregador, deverá cumprir a presente cláusula.

IV - Para que haja o cumprimento da presente cláusula através da parceria indicada, o empregador deve realizar a contratação do benefício através do site <https://centraldosbeneficios.com.br/>, dar o aceite ao TERMO DE ADESÃO do benefício, que contém as informações e regras de utilização do presente plano odontológico (tais como: data de movimentação dos empregados, dados a serem informados dos empregados, informações sobre inadimplência 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 aos seus empregados o plano odontológico previsto nesta cláusula, por meio de outro prestador, devidamente registrado na ANS (Agência Nacional de Saúde), estão desobrigados do cumprimento com a empresa parceira, desde que comprovadamente este prestador garanta o atendimento e vantagens previstos no Parágrafo Primeiro desta cláusula e 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 para o 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 Plano Odontológico com a Central dos Benefícios, as entidades signatárias deste instrumento, contarão ainda com os seguintes diferenciais:

- a) Custo diferenciado para toda a categoria;
- b) Plano Nacional com a maior rede credenciada do país;
- c) Sem carência e sem Coparticipação;
- d) Parceria com hospital para realização de diagnóstico precoce do câncer bucal;
- e) Dentista On-Line - Orientação para melhor direcionamento;
- f) Descontos Exclusivos entre 5% e 75% em Drogarias de rede parceiras.

PARÁGRAFO QUARTO

No caso de empregados beneficiários afastados antes do início do plano odontológico a instituição fica isenta da obrigatoriedade de inclusão até que este retorne suas atividades. E os empregados beneficiários afastados após a inclusão no referido benefício, o empregador continuará responsável pelo pagamento da mensalidade incentivando-os empregados a realizar consultas preventivas ou tratamentos neste período. Entende-se por afastamento qualquer modalidade de afastamento pelo INSS inclusive aposentadoria por invalidez.

I - Com a suspensão da utilização por inadimplência, o empregador é responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário bem como deverá arcar com as demais penalidades previstas neste termo aditivo.

PARÁGRAFO QUINTO

Fica estendido a todos os dependentes de nossos representados, o direito de uso deste benefício, ao mesmo custo pago pelo empregador, valores estes que serão assumidos pelo empregado titular através de autorização para desconto em folha, o que não impede o empregador por liberalidade, em relação aos dependentes, assumir tais custos.

I - Aos empregados que desejarem a inclusão de seus dependentes devem preencher o formulário (disponível no portal do cliente) autorizando assim o desconto em folha de pagamento, juntamente com o empregador (responsável pela empresa) que também deve assinar o termo de adesão.

PARÁGRAFO SEXTO

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

PARÁGRAFO SÉTIMO

Fica facultado às Instituições 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 nos respectivos contracheques, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" do termo aditivo vigente.

CLÁUSULA SÉTIMA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR - PAF BH (BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM)

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2025 a 31/12/2025

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF BH (BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM) a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembleia de 2012 e ratificada pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2024 para este termo aditivo de 2024/2025. Este benefício é extensivo à família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

BELO HORIZONTE / BETIM / CONTAGEM

As entidades signatárias deste instrumento, estabeleceram parceria com a D'MABE - ADMINISTRADORA, GESTAO E COBRANCA EMPRESARIAL DE BENEFICIOS LTDA que será responsável por toda a gestão do Programa de Assistência Familiar – PAF em Belo Horizonte, Betim e Contagem, que através do "Cartão de Todos", disponibiliza aos trabalhadores da categoria, obrigatoriamente o que se segue:

I - Direito a descontos em consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, lazer e educação aos trabalhadores da categoria e seus dependentes do Cartão de Todos, nas especialidades de Angiologista, Alergista, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Urologia, Geriatria, Pneumologia, além de exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes. Os trabalhadores de nossa categoria e seus dependentes pagarão somente o valor entre R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) a R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta diretamente na clínica conveniada, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem, aplicação de varizes e procedimentos, realizados nas clínicas credenciadas.

II - As consultas devem ser previamente agendadas junto ao DISQUE CONSULTA através do número: (31)3191-9621, de segunda a sexta-feira, no horário das 08:30hs às 17:30hs. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento deve-se informar em até 24 horas de antecedência a ausência, e caso não o faça, será considerado ausência injustificada do empregado. Havendo reincidência de ausência injustificada o empregado deverá pagar através de um boleto bancário emitido pela D'Mabe no valor entre R\$35,00 a R\$40,00 correspondente à consulta agendada e faltosa, por meio de um e-mail enviado ao setor de paafh.sintibrefmg@dmane.com.br que haja o devido pagamento, o empregado representado e/ou seus dependentes ficarão impedidos de consultar, após o pagamento o referido boleto e comprovante deverá ser enviado ao mesmo e-mail a qual foi solicitado, para que a liberação seja feita. A D'mabe gerará, em nome do empregado, boleto específico a título de penalidade por consulta médica agendada e não realizada.

III - É garantido a todo trabalhador da categoria as especialidades previstas nesta Convenção para todo o Estado de Minas Gerais, mas nem toda clínica credenciada necessariamente terá todas as especialidades conjuntamente.

IV - Os atendimentos serão realizados nas clínicas conveniadas ao Cartão de Todos, disponíveis em BH, Betim e Contagem, e ainda em todo Estado de Minas Gerais, conforme divulgação no site: www.sintibref-minas.org.br ou telefone (31)3191-9621.

V - Os exames laboratoriais e procedimentos prescritos poderão ser feitos nos laboratórios e Clínicas Conveniadas com descontos variados, conforme tabela da própria clínica, que serão apresentados no ato da consulta, a serem pagos diretamente ao laboratório ou clínica escolhida para atendimento.

VI - Os trabalhadores da categoria poderão usufruir dos descontos em educação e lazer disponíveis na rede credenciada do Cartão de Todos. Consulte-a pelo site www.cartaodetodos.com.br ou através da Central de Atendimento 0800 283 8916.

VII - As clínicas conveniadas, as especialidades, os procedimentos cobertos e os parceiros deste benefício, poderão sofrer alterações durante a vigência deste termo aditivo.

VIII - Os trabalhadores da categoria que já usufruem do Cartão de Todos por meio de contrato pela pessoa física, deverão, para utilização do PAFBH, cancelar seu contrato individual e regularizar eventuais pendências, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta cláusula.

IX - Todos os empregados da categoria, titulares do benefício PAF, que estiverem adimplentes com no mínimo duas mensalidades, terão direito à cobertura de assistência funeral por morte natural ou morte acidental pela seguradora CHUBB do Brasil, parceira do "Cartão de Todos" no valor correspondente a R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) a ser pago aos beneficiários legais ou indicados pelo empregado em termo próprio (o formulário deve ficar na pasta do empregado), por depósito em conta bancária ou cheque, em até 60 dias após entrega da documentação completa e já deferida, quando da ocorrência de sinistro, mediante preenchimento do aviso de sinistro e entrega da documentação comprobatória, na sede do SINTIBREF ou por correio, conforme relação de documentos disponível em nosso site: www.sintibref-minas.org.br e por telefone/WhatsApp (31) 99585-2345.

X - Os empregados com idade superior a 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos no seguro de assistência funeral por morte natural ou acidental, por força de condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no PAF permanecerão seguros, independentemente da idade.

XI - É de inteira responsabilidade da Instituição empregadora o pagamento da indenização do valor do Seguro de Vida em Grupo aos segurados e/ou beneficiários, quando de sinistro, caso a instituição esteja inadimplente, neste caso seus empregados serão excluídos da apólice, retornando-os após o pagamento de todas as pendências. Também será responsável pelo pagamento do sinistro caso não seja feita a inclusão inicial de todos os empregados, a inclusão dos admitidos a cada mês e a exclusão dos empregados no mês de demissão (atualização mensal), bem como o pagamento, junto à D'mabe.

XII - As consultas médicas das especialidades atendidas nas cidades de BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM. O trabalhador representado e seus dependentes, serão reembolsados no valor de R\$ 35,00 a R\$ 40,00 (a depender da especialidade) por consulta médica realizada e paga no ato do atendimento, pelo departamento de Associados do SINTIBREF-MG, conforme condições previstas na CIRCULAR de Nº 13 de 2024, disponível no site: www.sintibref-minas.org.br.

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: paafh.sintibrefmg@dmane.com.br, ou