

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/06/2025 às 09:43:06

*Benefício Sindical / Seguro e Previdência*

**Banco Recebedor:** BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

9

**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:** 75691.11080 00001.500814 03001.064397 1 09651687001

**Instituição Emissora - Nome do Banco:** BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

**Código do Banco:** 756 **Código do ISPB:** 2038232

**Beneficiário original / Cedente**

**Nome Fantasia:** CENTRAL CLUBE DE SEGUROS **CPF/CNPJ:** 34.002.229/0001-87

**Nome/Razão Social:** CENTRAL CLUBE DE SEGUROS

**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:** 10/06/2025

**Desconto (R\$):** 0

**Data de Efetivação / Agendamento:** 04/06/2025

**Abatimento (R\$):** 0

**Valor Nominal do Boleto:** 150.08

**Valor Calculado (R\$):** 150.08

**Juros (R\$):** 0

**Valor Pago (R\$):** 150.08

**IOF (R\$):** 0

**Identificação do Pagamento:**

**Multa (R\$):** 0

**Data/hora da operação:** 04/06/2025 -

**Código da operação:** 47717655185

**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

**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 01064.397100 96516.870019 1 11080000015008

Valor R\$: 150,08

**A Proagir agora é****Central**  
Clube de Seguros

**Mas não se preocupe: o CNPJ continua o mesmo! Essa é somente uma mudança de nome com intuito de alinhar as novas estratégias de fortalecimento da identidade da marca.**

**Seguro  
de Vida Total****central dos  
benefícios**

Corte na linha pontilhada

**756-0****75691.40309 01064.397100 96516.870019 1 11080000015008**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                             |                                 |                                      |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Local do pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                             |                                 |                                      | Vencimento                                                              |
| <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                             |                                 |                                      | <b>10/06/2025</b>                                                       |
| Beneficiário: <b>Central Clube de Seg - SVT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                             | CNPJ: <b>34.002.229/0001-87</b> |                                      | Cooperativa contratante/Código do Beneficiário<br><b>4030 / 0643971</b> |
| Data do documento<br><b>27/05/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nr. do documento<br><b>1105492</b> | Espécie DOC<br><b>DM</b>    | Aceite<br><b>NAO</b>            | Data processam.<br><b>27/05/2025</b> | Nosso número<br><b>0965168-7</b>                                        |
| Uso do banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Carteira<br><b>1</b>               | Espécie Moeda<br><b>R\$</b> | Qtde. moeda                     | Valor                                | (=)Valor do documento<br><b>150,08</b>                                  |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)                                                                                                                                                                                                              |                                    |                             |                                 |                                      | (-)Descontos                                                            |
| <b>SEGURO DE VIDA TOTAL CONFORME:</b><br>Cláusula da CCT ou Acordo Coletivo de Trabalho (em separado), conforme art. 513 letra "e" da C.L.T.<br>Apos o vencimento, cobrar multa de 2,0% e juros de mora de 0,033% ao dia.<br>BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/06/2025( BOLETO MENSAL REFERENTE AOS EMPREGADOS ATIVOS EM 05/2025 ) |                                    |                             |                                 |                                      | (-)Outras Deduções/Abatimentos                                          |
| <b>Nome fantasia: CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                             |                                 |                                      | (+)Mora/Multa/Juros                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                             |                                 |                                      | (+) Outros Acréscimos                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                             |                                 |                                      | (=)Valor Cobrado                                                        |
| <b>Pagador:</b> 27099 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE <b>CNPJ:</b> 00.211.504/0006-65                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                             |                                 |                                      |                                                                         |
| <b>Endereço:</b> Rua Girassol, 60 - Bairro: Baganville I<br>CONTAGEM MG - CEP: 32056434                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                             |                                 |                                      |                                                                         |
| Sacador/Avalista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                             |                                 |                                      |                                                                         |



Informamos que o Material/Serviço  
constante deste documento foi Recebido/  
Presença Autenticação Mercantil de Compensações.  
Pago pelo Conto: 526788392-0  
Cheque 477126551785  
Com. em, 04 de Junho de 2025

Assinatura mg 12046585

| LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB -SEGURO DE VIDA |     |           |
|---------------------------------------------------|-----|-----------|
| NOME: DEYSIELE DUARTE GONÇALVES                   | R\$ | 10,72     |
| NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO            | R\$ | 10,72     |
| NOME:ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS                  | R\$ | 10,72     |
| NOME: FABIANA RODRIGUES MAIA DOS SANTOS           | R\$ | 10,72     |
| NOME: PATRICIA LOUISE CORREIA LOPES               | R\$ | 10,72     |
| NOME: GERALDIANE DA SILVA SOUSA                   | R\$ | 10,72     |
| NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO                     | R\$ | 10,72     |
| NOME: VITORIA MARTINS PINTO                       | R\$ | 10,72     |
| NOME: GERUSIA CARDOSO AMORIM                      | R\$ | 10,72     |
| TOTAL:                                            |     | R\$ 96,48 |

| LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - SEGURO DE VIDA |     |           |
|------------------------------------------------------|-----|-----------|
| NOME:EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES                     | R\$ | 10,72     |
| NOME: HELOISA HELENA DA COSTA                        | R\$ | 10,72     |
| NOME:WANDERLEY GOMES                                 | R\$ | 10,72     |
| NOME:IRENE ALVES FERNANDES SILVA                     | R\$ | 10,72     |
| NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO COELHO         | R\$ | 10,72     |
| TOTAL:                                               |     | R\$ 53,60 |

|     |        |
|-----|--------|
| R\$ | 150,08 |
|-----|--------|



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM MAIO/2025  
00.211.504/0006-65 - CENTRO EDUCACIONAL BUSANVILLE  
SEGURO DE VIDA TOTAL

| Nome                              | CPF            | Data Nascimento | P-Sócio                                 | Data de Início | Data de Fim | Ação                        |
|-----------------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------|-------------|-----------------------------|
| CLEONI PEREIRA RODRIGUEUS MACHADO | 036.057.776-86 | 13/11/1977      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| DEYSIELE DUARTE GONCALVES         | 104.611.006-30 | 02/07/1989      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/04/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS       | 220.879.438-93 | 02/08/1983      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES       | 169.564.926-52 | 30/10/2005      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| FABIANA RODRIGUES MAIA DOS SANTOS | 094.095.576-82 | 30/07/1987      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     | 01/06/2025  | Criar acesso para Empregado |
| GERALDIANE DA SILVA SOUSA         | 095.611.366-43 | 11/04/1985      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/05/2025     |             | Criar acesso para Empregado |

| Nome                                   | CPF            | Data Nascimento | Prêmio                                  | Data de Início | Data de Fim | Ação                        |
|----------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------|-------------|-----------------------------|
| GERUSIA CARDOSO AMORIM                 | 088.412.726-51 | 02/08/1986      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/05/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| GIOVANNA DA SILVA ROMAO                | 148.336.496-83 | 15/11/1999      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| HELOISA HELENA DA COSTA                | 824.028.926-68 | 06/07/1963      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| IRENE ALVES FERNANDES SILVA            | 932.612.176-34 | 19/11/1973      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO | 037.758.436-39 | 09/05/1980      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| PATRICIA LOUISE CORREIA LOPES COSTA    | 039.244.346-54 | 26/03/1980      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/02/2025     | 01/06/2025  | Criar acesso para Empregado |
| VITORIA MARTINS PINTO                  | 163.167.686-56 | 13/03/2002      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/04/2025     |             | Criar acesso para Empregado |
| WANDERLEY GOMES                        | 884.591.446-15 | 14/04/1971      | 18.000,00   PADRAO SINTIBREF-MG   10,72 | 01/05/2025     |             | Criar acesso para Empregado |

*Excluída*  
*Indecluída*

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](mailto: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](mailto: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 à 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  |

|                                                                                                                     |           |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ATÉ                                                                         | 18.000,00 | 5.100,00 | NÃO TEM  |
| INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE ATÉ                                                                       | 18.000,00 | 5.100,00 | NÃO TEM  |
| DOENÇAS GRAVES: Neoplasia, cardíaca, AVC, cegueira, Glaucoma, Respiratório, Alzheimer, Renal, Parkinson, Esclerose. | 18.000,00 | NÃO TEM  | NÃO TEM  |
| ASSISTENCIA FUNERAL FAMILIAR ATÉ                                                                                    | 5.000,00  | 5.000,00 | 5.000,00 |
| INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS                                                                             | 10.000,00 | NÃO TEM  | NÃO TEM  |
| 4 SORTEIOS MENSAIS                                                                                                  | 500,00    | NÃO TEM  | NÃO TEM  |
| ADAPTAÇÃO DE VEÍCULO/RESIDÊNCIA EM CASO DE IPA ATÉ                                                                  | 2.000,00  | NÃO TEM  | NÃO TEM  |

#### 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 SEGURO DE VIDA EM GRUPO conforme tabela acima.

I - Para que haja o cumprimento da presente cláusula, através da parceria indicada, o empregador deve realizar a contratação do seguro pelo Portal do Cliente disponível no endereço: <https://planos.centraldosbeneficios.com.br/oi/>, dar o aceite ao TERMO DE ADESÃO do benefício, que contém as informações e regras de utilização do presente seguro (tais como: data de movimentação dos empregados, dados a serem informados dos empregados, informações de inadimplência, procedimentos para abertura e andamentos de sinistro, e condições gerais) 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 os mesmos benefícios previstos nesta cláusula por meio de outro prestador contratado, através de uma seguradora contratada e registrada na SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, estão desobrigados do cumprimento com a empresa parceira, desde que comprovadamente este prestador garanta todas as indenizações e os pagamentos dos benefícios 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 para o e-mail: [analise@sintibref-minas.org.br](mailto:analise@sintibref-minas.org.br), cópia do contrato 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 - Os empregados com idade superior a 70 anos, 11 meses e 29 dias, deverão preencher declaração de saúde, enviada pela seguradora, para a avaliação de inclusão na apólice do seguro de vida vigente.

III - Optando pela contratação do presente Seguro com a plataforma da 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 dos colaboradores;
- Pagamento Postecipado;
- Atendimento exclusivo e humanizado;

#### PARÁGRAFO 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 o ônus previsto nesta convenção pelo indevido descumprimento.

#### PARÁGRAFO QUINTO

O Empregador detém a prerrogativa de descontar dos trabalhadores até 50% (cinquenta por cento) do valor do referido Seguro de Vida em Grupo descrito nessa cláusula, administrada pela Central dos Benefícios. Para tanto, cabe ao Empregador possuir a adesão formal do empregado para pagamento de parte do presente Seguro de Vida em Grupo, conforme aprovado em assembleia desde sua inclusão em CCT.

I - A falta da autorização de compartilhamento não exime o Empregador do cumprimento integral desta cláusula, visto que o descumprimento enseja em responsabilização civil de reparar o dano ao trabalhador prejudicado, bem como, as penalidades previstas neste Instrumento Coletivo.

II - O Seguro de Vida em Grupo é assegurado a todo empregado da categoria e na inexistência de autorização formal para desconto em sua folha de pagamento, o Empregador deverá custear integralmente o referido benefício.

#### PARÁGRAFO SEXTO

O presente programa 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 SÉTIMO

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.