

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/09/2025 às 11:59:58

Banco Recebedor: UNICRED**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:** 13691.12000 00007.735055 01000.010234 2 01250624301**Instituição Emissora - Nome do Banco:** UNICRED**Código do Banco:** 136 **Código do ISPB:** 315557**Beneficiário original / Cedente****Nome Fantasia:** SINDICATO DOS EMPREGADOS E**CPF/CNPJ:** 02.131.247/0001-72**Nome/Razão Social:** SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUICOES BENEFICEN**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:** 10/09/2025**Desconto (R\$):** 0**Data de Efetivação / Agendamento:** 08/09/2025 **Abatimento (R\$):** 0**Valor Nominal do Boleto:** 773.5**Valor Calculado (R\$):** 773.5**Juros (R\$):** 0**Valor Pago (R\$):** 773.5**IOF (R\$):** 0**Identificação do Pagamento:****Multa (R\$):** 0**Data/hora da operação:** 08/09/2025 -**Código da operação:** 52346953052**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

Certificamos que o Material/Service
constante deste documento foi Recebido/
Prestado em perfeitas condições.
Pago pela Conta: 570788342-0
Cheque: 52346953052
Contagem, 01 de setembro de 2025
Assinatura 17046585

UNICRED

136-8

13695.50106 00010.234201 12506.243018 1 12000000077350

Pagador				CPF/CNPJ do Pagador
74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGAVILE				211504000665
Nosso Número	Nr. Documento	Vencimento	Valor do Documento	Valor Cobrado
0125062430	62.430	10/09/2025	773,50	
Beneficiário				CPF/CNPJ do Beneficiário
SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG				2131247000172
Endereço do Beneficiário				
81 AV CONTRONO, 8000 LJ 04				30110-932
Santo Agostinho Belo Horizonte				MG
Agência/Código do Beneficiário			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
5501/10234-2				
GRR BH PAF BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/09/2025 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 8/2025)				

UNICRED

136-8

13695.50106 00010.234201 12506.243018 1 12000000077350

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					10/09/2025
Beneficiário:					Agência / Código do Beneficiário
SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG					5501/10234-2
Data do documento	Nr. do Documento	Espécie DOC	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
04/09/2025	62.430	DM	NAO	04/09/2025	0125062430
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Qtde moeda	xValor	(=) Valor do Documento
	21	R\$			773,50
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):					(-) Desconto/Abatimento
GRR BH PAF CONFORME:					
Clausula da CCT ou Acordo Coletivo de Trabalho (em separado), conforme art. 513 letra "e" da C.L.T					
Apos o vencimento, cobrar multa de 2,0% e juros de mora de 0,033% ao dia.					(+) Juros/Multa
BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/09/2025 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 8/2025)					(=) Valor Cobrado
Pagador:					CPF/CNPJ: 211504000665
74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGAVILE					
GIRASSOL, 60 -					UF: MG CEP: 32056-434
CONTAGEM					CPF/CNPJ:
Sacador/Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB - SINTIBREF		
NOME:VITORIA MARTINS PINTO	R\$	59,50
NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	R\$	59,50
NOME: DEYSIELE DUARTE GONÇALVES	R\$	59,50
NOME:ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	R\$	59,50
NOME: GERALDIANE DA SILVA	R\$	59,50
NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO	R\$	59,50
NOME: MARIA DO SOCORRO SILVA	R\$	59,50
NOME: GERUSIA CARDOS	R\$	59,50
TOTAL:	R\$	476,00

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - SINTIBREF		
NOME:EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	59,50
NOME: HELOISA HELENA DA COSTA	R\$	59,50
NOME:IRENE ALVES FERNANDES SILVA	R\$	59,50
NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO	R\$	59,50
NOME: WANDERLEY GOMES	R\$	59,50
TOTAL:	R\$	297,50

R\$	773,50
-----	--------

 *direto*
 *indireto*

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Início	Fim	Valor	Ref.	Mod.
CLEONI PEREIRA RODRIGEUS MACHADO	036.***.***-	28/04/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
DEYSIELE DUARTE GONCALVES	104.***.***-	02/07/****	TITULAR	01/05/2025		59,50	8/2025	6
ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	220.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	169.***.***-	17/02/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
GERALDIANE DA SILVA SOUSA	095.***.***-	11/04/****	TITULAR	01/06/2025		59,50	8/2025	6
GERUSIA CARDOSO AMORIM	088.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/06/2025		59,50	8/2025	6
GIOVANNA DA SILVA ROMAO	148.***.***-	15/11/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
HELOISA HELENA DA COSTA	824.***.***-	06/07/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
IRENE ALVES FERNANDES DA SILVA	932.***.***-	19/11/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO	037.***.***-	09/05/****	TITULAR	01/03/2025		59,50	8/2025	6
MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS	036.***.***-	14/12/****	TITULAR	01/07/2025		59,50	8/2025	6
VITORIA MARTINS PINTO	163.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/05/2025		59,50	8/2025	6
WANDERLEY GOMES	884.***.***-	14/04/****	TITULAR	01/06/2025		59,50	8/2025	6

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 pafbh.sintibrefmg@dmabe.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 segurados, 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: pafbh.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\$ 59,50 (cinquenta e nove reais e cinquenta centavos) 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. Fica estabelecido que não haverá cobrança de uma nova taxa de carteirinha nos casos de transferência de empregados entre Filiais do mesmo CNPJ.

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

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de R\$ 59,50 (cinquenta e nove reais e cinquenta centavos) por trabalhador para o uso do PAF BH, Betim e Contagem:

I - Na primeira inclusão, o Empregador arcará de uma só vez com o custo da carteirinha correspondente à R\$ 30,00 (trinta reais), e quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições com o mesmo CNPJ, não será cobrado o custo da carteirinha.

II - Quando houver necessidade de segunda via da carteirinha, seja por perda, ou inadimplência, para sua confecção deverá ser pago pela entidade Empregadora quando inadimplente ou pelo trabalhador, quando houver perda, o valor correspondente a R\$ 30,00 (trinta reais) por carteirinha.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Para garantia das coberturas contratadas, o empregador deverá proceder com o pagamento do valor de R\$ 59,50 (cinquenta e nove reais e cinquenta centavos) 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% ao 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 QUARTO

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 QUINTO

No caso de trabalhadores afastados antes do início do PAF, 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 deles, 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 das condições de trabalho. Entende-se por afastamento qualquer modalidade de afastamento pelo INSS inclusive aposentadoria por invalidez.

PARÁGRAFO SEXTO

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 do plano de saúde/ benefício de saúde 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/utillarão 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 PAF. 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 SETIMO

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula.