

Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 10/02/2026 às 13:57:24

Banco Receptor: 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: 13695.13530 00007.680055 01000.010234 2 01260127670

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: 10/02/2026

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 06/02/2026 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Bolet: 768

Valor Calculado (R\$): 768

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 768

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 06/02/2026 -

Código da operação: 59733962497

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

LISTA DE FUNCIONARIOS DIRETOS CEB - SINTIBREF

NOME:VITORIA MARTINS PINTO	R\$	64,00
NOME: CLEONI PEREIRA RODRIGUES MACHADO	R\$	64,00
NOME:ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	R\$	64,00
NOME: GERALDIANE DA SILVA	R\$	64,00
NOME: GIOVANNA DA SILVA ROMAO	R\$	64,00
NOME: GERUSIA CARDOSO AMORIM	R\$	64,00
TOTAL:	R\$	384,00

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - SINTIBREF

NOME: DAYANE SILVA ALVES	R\$	64,00
NOME:EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	64,00
NOME: HELOISA HELENA DA COSTA	R\$	64,00
NOME:IRENE ALVES FERNANDES SILVA	R\$	64,00
NOME: KELLY CRISTINA DE SOUSA DOURADO	R\$	64,00
NOME: WANDERLEY GOMES	R\$	64,00
TOTAL:	R\$	384,00

R\$	768,00
-----	--------

 direta
 indireta

Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela Conta: 576788342-0
 Cheque: 59733962497
 Contagem, 06 de Junho de 2026
 1335807 Assinatura 17046585

UNICRED 136-8 13695.50106 00010.234201 12601.276707 5 13530000076800

Pagador 74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGAVILE				CPF/CNPJ do Pagador 211504000665
Nosso Número 0126012767	Nr. Documento 12.767	Vencimento 10/02/2026	Valor do Documento 768,00	Valor Cobrado
Beneficiário SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG				CPF/CNPJ do Beneficiário 2131247000172
Endereço do Beneficiário 81 AV CONTRONO, 8000 LJ 04 Santo Agostinho Belo Horizonte				30110-932 MG
Agência/Código do Beneficiário 5501/10234-2			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
GRR BH PAF BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/02/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 1/2026)				

UNICRED 136-8 13695.50106 00010.234201 12601.276707 5 13530000076800

Local de pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 10/02/2026
Beneficiário: SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG					Agência / Código do Beneficiário 5501/10234-2
Data do documento 06/02/2026	Nr. do Documento 12.767	Espécie DOC DM	Aceite NAO	Data do processamento 06/02/2026	Nosso Número 0126012767
Uso do Banco	Carteira 21	Espécie Moeda R\$	Qtde moeda	xValor	(=) Valor do Documento 768,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): 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. BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/02/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 1/2026)					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: 74230 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - CENTRO DE EDUCACAO BUNGAVILE GIRASSOL, 60 - CONTAGEM					CPF/CNPJ: 211504000665 UF: MG CEP: 32056-434 CPF/CNPJ:



Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

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

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
CLEONI PEREIRA RODRIGUEUS MACHADO	036.***.***-	28/04/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
DAYANE SILVA ALVES	119.***.***-	13/12/****	TITULAR	01/09/2025		64,00	1/2026	6
ELIZABETH PEREIRA DOS ANJOS	220.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	169.***.***-	17/02/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
GERALDIANE DA SILVA SOUSA	095.***.***-	11/04/****	TITULAR	01/06/2025		64,00	1/2026	6
GERUSIA CARDOSO AMORIM	088.***.***-	02/08/****	TITULAR	01/06/2025		64,00	1/2026	6
GIOVANNA DA SILVA ROMAO	148.***.***-	15/11/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
HELOISA HELENA DA COSTA	824.***.***-	06/07/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
IRENE ALVES FERNANDES DA SILVA	932.***.***-	19/11/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
KELLY CRISTINA DE SOUZA DOURADO COELHO	037.***.***-	09/05/****	TITULAR	01/03/2025		64,00	1/2026	6
VITORIA MARTINS PINTO	163.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/05/2025		64,00	1/2026	6
WANDERLEY GOMES	884.***.***-	14/04/****	TITULAR	01/06/2025		64,00	1/2026	6

BOLETO: ANO: 2026 - NUMERO DO DOCUMENTO: 12767 - Vencendo em: 10/02/2026 - Referente aos empregados ativos em: 1/2026
Quantidade de Titulares: 12 - Quantidade de Dependentes: 0

Os empregadores fornecerão, alternativamente ao vale-transporte, mediante solicitação do empregado, **auxílio combustível e/ou benefício mobilidade** destinado ao abastecimento de veículos de uso do trabalhador, para deslocamento ao trabalho.

- I. O valor do auxílio 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 por este benefício seja exercida.
- III. O auxílio transporte 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 DÉCIMA TERCEIRA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR - PAF BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2026 a 31/12/2026

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 2025 para esta convenção coletiva de 2026/2027. Este benefício pode ser extensivo à família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

BELO HORIZONTE / BETIM / CONTAGEM

O Programa de Assistência Familiar – PAF em Belo Horizonte, Betim e Contagem, será fornecido pelo “Cartão de Todos”, através da parceria firmada pelas entidades signatárias deste instrumento com a D'MABE - ADMINISTRADORA, GESTAO E COBRANCA EMPRESARIAL DE BENEFICIOS LTDA responsável pela gestão do benefício, disponibilizando aos trabalhadores da categoria e suas famílias, quando aplicável, **obrigatoriamente o que se segue e o que consta no Manual do Beneficiário:**

- I. Consultas médicas nas especialidades garantidas pelo prestador, descontos em exames laboratoriais e de imagem, lazer e educação aos trabalhadores da categoria e seus dependentes do Cartão de Todos.
- II. As consultas devem ser previamente agendadas junto a CENTRAL DE MARCAÇÃO (31) 3656-8836 (ligação) ou (31) 3191-9621 / (31) 99081-4516 (whatsapp) ou através do aplicativo do prestador.
- III. As consultas médicas das especialidades atendidas nas cidades de BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM, para o trabalhador e seus dependentes, se houver, serão reembolsados em valor, conforme especialidade, por consulta médica realizada e paga no ato do atendimento. Os critérios de reembolso estão previstos no Manual.
- IV. As clínicas conveniadas, as especialidades, os procedimentos cobertos e os parceiros deste benefício são de responsabilidade da Administradora e do prestador responsáveis. 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,
- V. 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 manual trará as regras de acesso a assistência e formas de acionamento, em caso de sinistro.
- VI. 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.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Para que haja o pleno cumprimento da presente cláusula, o empregador deverá realizar o aceite do TERMO DE ADESÃO (coberturas, dados necessários, data de inclusão, canais de atendimento disponíveis, boletos, penalidades e etc) e efetuar às inclusões/movimentações 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: sintibrefmg@dmabe.com.br, ou pelo Whatsapp: (31) 99585-2345 / (31) 99585-2423

- I. A instituição empregadora deverá proceder o pagamento de **R\$ 64,00 (sessenta e quatro reais)** por cada empregado, e cumprir as regras de movimentação de empregados (inclusão e exclusão), recebimento e pagamento de boletos, e demais procedimentos da Administradora.

PARÁGRAFO SEGUNDO

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 nesta CCT 2026/2027.

PARÁGRAFO TERCEIRO

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 QUARTO

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: analise@sintibref-minas.org.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 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 QUINTO

O presente benefício aplica-se a todos trabalhadores 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 etc.

PARÁGRAFO SEXTO

A inadimplência com a Administradora acarreta a suspensão ou exclusão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição é responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada trabalhador. Em função da continuidade da inadimplência a Entidade Sindical é competente para promover a cobrança extrajudicial e judicial, por descumprimento desta obrigação.

PARÁGRAFO SETIMO

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores, convencionados coletivamente por (Instrumento normativo - CCT), o Sintibref-MG possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados, inclusive exigindo a aplicação das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

PARÁGRAFO OITAVO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" nesta convenção coletiva.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF JUIZ DE FORA

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2026 a 31/12/2026

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – **PAF JUIZ DE FORA** 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 2025 para esta convenção coletiva de 2026/2027. Este benefício é extensivo a toda família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

A- PAF JF

O Programa de Assistência Familiar – PAF em Juiz de Fora será fornecido pela "Mais Benefícios para Todos", através da parceria firmada pelas entidades signatárias deste instrumento com a D'MABE - ADMINISTRADORA, GESTAO E COBRANCA EMPRESARIAL DE BENEFICIOS LTDA responsável pela gestão do benefício, disponibilizando aos trabalhadores da categoria que optarem em ser beneficiários e suas famílias, quando aplicável, **obrigatoriamente o que se segue e o que consta no Manual do Beneficiário:**

- I. Consultas médicas nas especialidades garantidas pelo prestador, realizadas de forma presencial e/ou online, sem custo adicional, em todos os consultórios médicos credenciados, observada a periodicidade de realização. As consultas excedentes serão cobradas diretamente pelo prestador.
- II. Exames laboratoriais, de imagem e preventivo, sem custo adicional, realizados diretamente nas clínicas e laboratórios credenciados pelo prestador, observado os critérios de periodicidade e especialidade dos exames. Os exames fora do rol de cobertura ou que excederem o lapso temporal, poderão ser realizados com descontos de 5 (cinco) a 50% (cinquenta por cento), pagos diretamente nas clínicas e Laboratórios credenciados.
- III. Atendimentos de urgência (somente consulta), isentos de custo adicional, desde que respeitem as especialidades, serviços e horários dos hospitais credenciados. Os procedimentos realizados durante à emergência (medicações, soros, etc.) realizados nos locais credenciados e pagos diretamente.
- IV. As marcações de consultas presenciais serão feitas através da CENTRAL DE MARCAÇÃO pelo telefone e WhatsApp (31) 4042-5591 e as consultas online devem agendadas através do telefone e WhatsApp (31) 4042-0203, de segunda a sexta-feira das 09:00hs às 18:00hs, exceto feriado, sábados e domingos.
- V. As clínicas conveniadas, as especialidades, os procedimentos cobertos, a rede credenciada de Hospitais de urgência, Clínicas, Consultórios médicos e Laboratórios, são de responsabilidade da Administradora e do prestador responsáveis.

PARÁGRAFO PRIMEIRO