

**2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

*2ª via do boleto / boleto*

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	75691.40309 01064.397118 08384.880012 1 12910000013936
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Código do Banco:</b>	756
<b>Código do ISPB:</b>	02038232
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	CENTRAL CLUBE DE SEGUROS
<b>Nome/Razão Social:</b>	CENTRAL CLUBE DE SEGUROS
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.002.229/0001-87
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.211.504/0006-65
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CASA DE A. A C. C. DE CONTAGEM
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.211.504/0006-65

<b>Data do Vencimento:</b>	10/12/2025
<b>Data de Efectivação / Agendamento:</b>	09/12/2025
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	139,36
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	139,36
<b>Valor Pago (R\$):</b>	139,36

<b>Data/hora da operação:</b>	09/12/2025 17:35:08
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	56850932614
<b>Chave de segurança:</b>	FEQJW9XUAQ0V18PQ

**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

0.75,04  
I. 64,32

**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, riske, 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 08384.880012 1 12910000013936

**Valor R\$:** 139,36

Recibo do pagador

<b>SICOOB</b>	<b>756-0</b>	<b>75691.40309 01064.397118 08384.880012 1 12910000013936</b>		
Local do pagamento				Cooperativa contratante/Código do Beneficiário
<b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>				<b>4030 / 0643971</b>
Beneficiário: <b>Central Clube de Seg - SVT</b>	CNPJ: <b>34.002.229/0001-87</b>			Nosso número <b>1083848-8</b>
Data do documento <b>27/11/2025</b>	Nr. do documento <b>1317382</b>	Vencimento <b>10/12/2025</b>	(=)Valor do documento <b>139,36</b>	
(-)Descontos	(-)Outras Deduções/Abatimentos	(+)Mora/Multa/Juros	(+) Outros Acréscimos	(=)Valor cobrado
<b>Pagador:</b> 27099 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE <b>CNPJ:</b> 00.211.504/0006-65 <b>Endereço:</b> Rua Girassol, 60 - Bairro: Buganvile I <b>CONTAGEM MG - CEP:</b> 32056434				

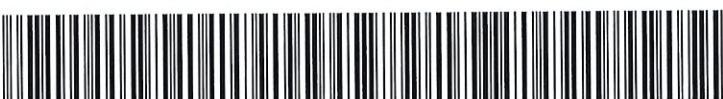
Demonstrativo

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

<b>SICOOB</b>	<b>756-0</b>	<b>75691.40309 01064.397118 08384.880012 1 12910000013936</b>		
Local do pagamento				Vencimento <b>10/12/2025</b>
<b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>				
Beneficiário: <b>Central Clube de Seg - SVT</b>	CNPJ: <b>34.002.229/0001-87</b>			Cooperativa contratante/Código do Beneficiário <b>4030 / 0643971</b>
Data do documento <b>27/11/2025</b>	Nr. do documento <b>1317382</b>	Espécie DOC <b>DM</b>	Aceite <b>NAO</b>	Data processam. <b>27/11/2025</b>
Uso do banco	Carteira <b>1</b>	Espécie Moeda <b>R\$</b>	Qtde. moeda	Nosso número <b>1083848-8</b>
<b>Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário). Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário:</b> <b>SEGURADO DE VIDA TOTAL CONFORME:</b> Cláusula da CCT ou Acordo Coletivo de Trabalho (em separado), conforme art. 513 letra "e" da C.L.T Após o vencimento, cobrar multa de 2,0% e juros de mora de 0,033% ao dia. BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/12/2025 (BOLETO MENSAL REFERENTE AOS EMPREGADOS ATIVOS EM 11/2025 )				
<b>Nome fantasia:</b> CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE				
<b>Pagador:</b> 27099 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILE <b>CNPJ:</b> 00.211.504/0006-65 <b>Endereço:</b> Rua Girassol, 60 - Bairro: Buganvile I <b>CONTAGEM MG - CEP:</b> 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: 526.788.342.0**  
**Cheque: 56850932614**  
**Contagem, 09 de dezembro de 2025**  
**CD 13325809 Assinatura 17046585**

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: GERUSIA CARDOSO	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
<b>TOTAL:</b>	R\$	75,04

LISTA DE FUNCIONARIOS INDIRETOS CEB - SEGURO DE VIDA		
NOME: EVELYN MARCELLA SOUSA LOPES	R\$	10,72
NOME: DAYANE SILVA ALVES	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	R\$	10,72
<b>TOTAL:</b>	R\$	64,32

R\$	139,36
-----	--------

 *direta*  
 *indireta*



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM NOVEMBRO/2025  
00.211.504/0006-65 - CENTRO EDUCACIONAL BUGANVILLE  
SEGURADO VIDA TOTAL

Nome	CPF	Data Nascimento	Plano	Data de Início	Data de Fim	Ação
CLEONI PEREIRA RODRIGEUS MACHADO	036.057.776-86	13/11/1977	18.000,00   PADRAO SINTIBREF- MG   10,72	01/02/2025		Criar acesso para Empregado
DAYANE SILVA ALVES	119.575.556-29	13/12/1994	18.000,00   PADRAO SINTIBREF- MG   10,72	01/09/2025		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	01/12/2025	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
GERALDIANE DA SILVA SOUSA	095.611.366-43	11/04/1986	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
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

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 retorno 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:

<b>SEGURO DE VIDA EM GRUPO</b>			
	<b>TITULAR</b>	<b>CÔNJUGE</b>	<b>FILHOS</b>
	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>	<b>R\$</b>
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
ASSISTÊNCIA 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/lo/>, 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: [análise@sintibref-minas.org.br](mailto:análise@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 porcento) 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.