

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	00.211.504/0001-50
Nome:	CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT
Conta de débito:	00893 1292 000577299005-1

Representação numérica do código de barras:	13695.50106 00010.234201 12500.046300 2 99570000207200
Instituição Emissora - Nome do Banco:	UNICRED
Código do Banco:	136
Código do ISPB:	00315557
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SINTIBREF MG
Nome/Razão Social:	SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUICOES BENEFICEN
CPF/CNPJ:	02.131.247/0001-72
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTA
CPF/CNPJ:	00.211.504/0001-50
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT
CPF/CNPJ:	00.211.504/0001-50

Data do Vencimento:	10/01/2025
Data de Efetivação / Agendamento:	10/01/2025
Valor Nominal do Boleto:	2.072,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.072,00
Valor Pago (R\$):	2.072,00

Data/hora da operação: 10/01/2025 17:45:03

Código da operação: 40986042981

Chave de segurança: 4APE88ARNW9814VF

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

Certificamos que o Material / Serviço
constante deste documento foi Recebido /
Prestado em perfeitas condições.
Pago pela conta: 577.999.005-1
Cheque: 40986042981
Contagem, 10 de JAN de 2025
Assinatura

UNICRED

136-8

13695.50106 00010.234201 12500.046300 2 99570000207200

Pagador

67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO

CPF/CNPJ do Pagador

211504000150

Nosso Número

0125000463

Nr. Documento

463

Vencimento

10/01/2025

Valor do Documento

2.072,00

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

MG

30110-932

Agência/Código do Beneficiário

5501/10234-2

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

GRR BH PAF

BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/01/2025 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 12/2024)

UNICRED

136-8

13695.50106 00010.234201 12500.046300 2 99570000207200

Local de pagamento

PAGAVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento

10/01/2025

Beneficiário:

SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG

Agência / Código do Beneficiário

5501/10234-2

Data do documento

02/01/2025

Nr. do Documento

463

Espécie DOC

DM

Aceite

NAO

Data do processamento

02/01/2025

Nosso Número

0125000463

Uso do Banco

Carteira

21

Espécie Moeda

R\$

Qtde moeda

xValor

(=) Valor do Documento

2.072,00

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 10/01/2025 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 12/2024)

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador:

67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO
RUA DAS PAINEIRAS, 1448 -
CONTAGEM

CPF/CNPJ: 211504000150

Sacador/Avalista:

UF: MG

CEP: 32310-400

CPF/CNPJ:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Contribuinte: 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
ABRAAO GOMES REZENDE	063.***.***-	21/09/****	TITULAR	01/09/2024		56,00	12/2024	6
ADRIANA FATIMA BARROS	924.***.***-	07/12/****	TITULAR	01/03/2024		56,00	12/2024	6
BERNARDO D'LLUCA DOS SANTOS	101.***.***-	15/11/****	TITULAR	01/08/2024		56,00	12/2024	6
CASSIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA	953.***.***-	05/03/****	TITULAR	01/04/2024		56,00	12/2024	6
CASSIO CAIO DA CUNHA	084.***.***-	24/06/****	TITULAR	01/03/2024		56,00	12/2024	6
CLEUSA DA SILVA	850.***.***-	01/11/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
EDIANA PEREIRA MOREIRA	016.***.***-	25/11/****	TITULAR	01/06/2024		56,00	12/2024	6
ELAINE CRISTINA FERREIRA MACHADO	047.***.***-	10/02/****	TITULAR	01/04/2024		56,00	12/2024	6
ELAINE DE JESUS	988.***.***-	04/05/****	TITULAR	01/08/2024		56,00	12/2024	6
FELIPE PIMENTA MACHADO	055.***.***-	06/08/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
FERNANDO RAIMUNDO	932.***.***-	07/06/****	TITULAR	01/08/2024		56,00	12/2024	2
FLAVIA ELIZA MARQUES COSTA	902.***.***-	15/02/****	TITULAR	01/06/2024		56,00	12/2024	6
HIDELMA APARECIDA DO NASCIMENTO	044.***.***-	05/09/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
JAQUELINE IARA DINIZ ALFARO	990.***.***-	27/08/****	TITULAR	01/06/2024		56,00	12/2024	11
JOSE CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA LEITE	919.***.***-	03/02/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
JOSEPH ANTHONY SILVA	122.***.***-	14/07/****	TITULAR	01/10/2024		56,00	12/2024	6

Contribuinte: 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
JULIO CESAR SANTOS LOUREDO	029.***.***-	27/01/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
LUCIANA FERREIRA DIAS	065.***.***-	09/01/****	TITULAR	01/10/2024		56,00	12/2024	7
MARCELLO JUNIO ANANIAS MELO SILVA	095.***.***-	22/02/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
MARIA APARECIDA MATIAS	093.***.***-	23/03/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
MARIA EDUARDA HERINGER	115.***.***-	29/05/****	TITULAR	01/02/2024		56,00	12/2024	6
MARTA AMERICA DA SILVA PEREIRA	933.***.***-	12/05/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
MICHELE DE ALMEIDA GUALBERTO	044.***.***-	10/05/****	TITULAR	01/06/2024		56,00	12/2024	6
MICHELLE GONCALVES VENANCIO SILVA	012.***.***-	30/09/****	TITULAR	01/02/2024		56,00	12/2024	6
PATRICIA CARLA ANDRADE	851.***.***-	16/08/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
QUENIA DANIELE PARENTE DUARTE	113.***.***-	03/11/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
RAQUEL JULIENE VIEIRA DA CRUZ	870.***.***-	25/04/****	TITULAR	01/07/2024		56,00	12/2024	6
RENAN DE OLIVEIRA QUEIROZ	071.***.***-	09/11/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
RENATO FRANCISCO DA SILVA	024.***.***-	01/02/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
RODRIGO FRANCISCO BARBOSA DE CASTRO	079.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
ROSILENE HORTA DA SILVA	000.***.***-	26/02/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
SUSAN PIMENTA MACHADO	013.***.***-	20/08/****	TITULAR	01/09/2024		56,00	12/2024	6

Contribuinte: 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS	659.***.***-	06/01/****	TITULAR	01/11/2024		56,00	12/2024	6
TEREZA CRISTINA CRUZ GONCALVES	878.***.***-	04/04/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
VAGNER LOPES DE OLIVEIRA	046.***.***-	15/04/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6
VANESSA FARIA CUNHA	665.***.***-	20/09/****	TITULAR	01/06/2024		56,00	12/2024	6
VERA LUCIA DIAS SANTOS	024.***.***-	24/09/****	TITULAR	01/01/2024		56,00	12/2024	6

BOLETO: ANO: 2025 - NUMERO DO DOCUMENTO: 463 - Vencendo em: 10/01/2025 - Referente aos empregados ativos em: 12/2024
Quantidade de Titulares: 37 - Quantidade de Dependentes: 0
Convenio: - BH BENEFICIOS Qtd. Titulares: 34
Modalidade: 6 - REPRESENTADO Qtd. Titulares: 34
Modalidade: 2 - REPRESENTADO + REDE + SAUDE Titulares: 1
Modalidade: 11 - REPRESENTADO+REDE+LAZER Titulares: 1
Modalidade: 7 - REPRESENTADO+REDE+SAUDE Titulares: 1

data de movimentação dos empregados, dados a serem informados dos empregados, informações sobre inadimplência e condições gerais do produto/benefício) e assim ter pleno acesso ao Sistema Integrado de Benefícios – SIB.

6. O empregador também poderá acessar o seguinte link: <https://planos.centraldosbeneficios.com.br/o/>, onde constam todas as informações do presente Plano Odontológico, bem como, quaisquer informações e dúvidas que houver, poderão ser resolvidas através dos canais da central de atendimento do parceiro.

PARÁGRAFO TERCEIRO

1. 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.
2. Para análise das condições do benefício oferecido, o empregador deve enviar para o e-mail: analise@sintibref-mg.org.br, cópia do contrato com rol de procedimentos cobertos ou proposta com o prestador de serviço, a relação dos empregados que utilizam/utillarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e demais documentos que possam comprovar quaisquer ônus aos trabalhadores.
3. Optando pela contratação do presente Plano Odontológico com a Central dos Benefícios, as entidades signatárias deste instrumento, contarão ainda com os seguintes diferenciais:

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

PARÁGRAFO QUARTO

1. 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. No caso de empregados beneficiários afastados após a inclusão no referido benefício, o empregador continuará responsável pelo pagamento da mensalidade dos mesmos, incentivando-os a realizar consultas preventivas ou tratamentos neste período. Entende-se por afastamento qualquer modalidade de afastamento pelo INSS exceto aposentadoria por invalidez.
2. 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 em CCT.

PARÁGRAFO QUINTO

1. 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.
2. 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 terceiro da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR - PAF BH (BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM)

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2024 a 31/12/2024

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 2023 para esta CCT 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, GESTÃO E COBRANÇA EMPRESARIAL DE BENEFÍCIOS 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:

1. 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\$ 26,00 (vinte e seis reais) a R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por consulta diretamente na clínica conveniada, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem, aplicação de varizes e procedimentos, realizados nas clínicas credenciadas.

2. As consultas devem ser previamente agendadas junto ao DISQUE CONSULTA através do número: (31)3191-9621, de segunda a sexta-feira, no horário de 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\$26,00 a R\$35,00 correspondente à consulta agendada e faltosa, por meio de um e-mail enviado ao setor depafbh.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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.cartao detodos.com.br ou através da Central de Atendimento 0800 283 8916.
7. As clínicas conveniadas, as especialidades, os procedimentos cobertos e os parceiros deste benefício, poderão sofrer alterações durante a vigência desta CCT.
8. Os trabalhadores da categoria que já usufruem do Cartão de Todos por meio de contrato pela pessoa física, deverão, para utilização do PAF-BH, cancelar seu contrato Individual e regularizar eventuais pendências, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta cláusula.
9. 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 (hum 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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\$ 26,00 a R\$ 35,00 (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

1. A Instituição empregadora deverá informar obrigatoriamente à D'mabe pelo e-mail: pafbh.sintibrefmg@dmabe.com.br lista de todos os trabalhadores constando NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO, conforme formulário padrão disponível no site www.sintibref-minas.org.br.
2. A Instituição empregadora deverá informar a D'mabe, através do e-mail: pafbh.sintibrefmg@dmabe.com.br até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e ou demitidos, para inclusão e ou exclusão do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o último dia útil que antecede o dia 15.
3. A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que a D'Mabe receba a referida informação para exclusão deste no benefício.
4. 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\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) 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 15 (quinze) de cada mês.
5. A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.
6. 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 lista reencaminhada.
7. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseje.
8. Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das Instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de R\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) por trabalhador para o uso do PAF BH, Betim e Contagem:

1. 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.
2. 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

1. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores R\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) em boletos mensais, que serão enviados até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.
2. A D'mabe encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail) os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone: (31) 3517-4444/ WhatsApp: (31) 99585-2345 ou e-mail: faturamento.sintibrefmg@dmabe.com.br.