

Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/01/2026 às 11:44:01

Banco Receptor: UNICRED**Pagador Final / Efetivo****Nome:** CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT**CPF/CNPJ:** 00.211.504/0001-50 **Conta de Débito:** 00893/1292/000577299005-1**Histórico do Pagamento:****Representação numérica do código de barras:** 13691.13220 00000.399055 01000.011520 7 01260069815**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:** 00.211.504/0001-50**Pagador Final - Correntista****Nome Fantasia:** CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT **CPF/CNPJ:** 00.211.504/0001-50**Data do Vencimento:** 10/01/2026**Desconto (R\$):** 0**Data de Efetivação / Agendamento:** 09/01/2026**Abatimento (R\$):** 0**Valor Nominal do Bolet:** 39.9**Valor Calculado (R\$):** 39.9**Juros (R\$):** 0**Valor Pago (R\$):** 39.9**IOF (R\$):** 0**Identificação do Pagamento:****Multa (R\$):** 0**Data/hora da operação:** 09/01/2026 -**Código da operação:** 58410230156**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 / Serviço constante deste documento foi Recebido / Prestado em perfeitas condições.
 Pago pela conta: 9005-1
 Cheque: 58410230156
 Contagem, 9 de Janeiro de 2026

[Assinatura]
 Assinatura

| | | | | | |
|--|------------------------|---------------------------------|--|---|--|
| UNICRED  | | 136-8 | 13695.50106 00011.520707 12600.698158 1 13220000003990 | | |
| Pagador 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO | | | | CPF/CNPJ do Pagador 211504000150 | |
| Nosso Número 0126006981 | Nr. Documento 6.981 | Vencimento 10/01/2026 | Valor do Documento 39,90 | 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 5501/11520-7 | | | Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador | | |
| GRR MEDICAM MENSALIDADE BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/01/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 12/2025) | | | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|--|--|--|
| UNICRED  | | 136-8 | 13695.50106 00011.520707 12600.698158 1 13220000003990 | | |
| Local de pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO | | | | Vencimento 10/01/2026 | |
| Beneficiário: SIND EMPREG INST BENEF RELIG FILANT MG - SINTIBREF MG | | | | Agência / Código do Beneficiário 5501/11520-7 | |
| Data do documento 06/01/2026 | Nr. do Documento 6.981 | Espécie DOC DM | Aceite NAO | Data do processamento 06/01/2026 | Nosso Número 0126006981 |
| Uso do Banco | Carteira 21 | Espécie Moeda R\$ | Qtde moeda | xValor | (=) Valor do Documento 39,90 |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): GRR MEDICAM MENSALIDADE 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 10/01/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 12/2025) | | | | (-) 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 | | | 12/2025 1 |
| ADRIANA FATIMA BARROS | 924.***-**-**** | 07/12/**** | TITULAR | 01/03/2024 | | | 12/2025 1 |
| ANA CAROLINA NASCIMENTO SILVA | 114.***-**-**** | 10/11/**** | TITULAR | 01/11/2025 | | | 12/2025 1 |
| ARLENE SOARES DE MIRANDA | 011.***-**-**** | 26/07/**** | TITULAR | 01/11/2025 | | | 12/2025 1 |
| CASSIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA | 953.***-**-**** | 05/03/**** | TITULAR | 01/04/2024 | | | 12/2025 1 |
| CASSIO CAIO DA CUNHA | 084.***-**-**** | 24/06/**** | TITULAR | 01/03/2024 | | | 12/2025 1 |
| EDIANA PEREIRA MOREIRA | 016.***-**-**** | 25/11/**** | TITULAR | 01/06/2024 | | | 12/2025 1 |
| ELAINE CRISTINA FERREIRA MACHADO | 047.***-**-**** | 10/02/**** | TITULAR | 01/04/2024 | | | 12/2025 1 |
| ELAINE DE JESUS | 988.***-**-**** | 04/05/**** | TITULAR | 01/11/2025 | | | 12/2025 5 |
| BENJAMIM FLORIANO DOS REIS DA SILVA | 080.***-**-**** | 26/05/**** | ESPOSO(A) | 01/11/2025 | | 19,95 | 12/2025 5 |
| BERENICE DOS REIS PINTO | 013.***-**-**** | 04/05/**** | SOGRO(A) | 01/11/2025 | | 19,95 | 12/2025 5 |
| FABIANA NASCIMENTO MARRIEL | 056.***-**-**** | 19/12/**** | TITULAR | 01/10/2025 | | | 12/2025 1 |
| FELIPE PIMENTA MACHADO | 055.***-**-**** | 06/08/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | 12/2025 1 |
| FERNANDO RAIMUNDO | 932.***-**-**** | 07/06/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | 12/2025 1 |
| FLAVIA ELIZA MARQUES COSTA | 902.***-**-**** | 15/02/**** | TITULAR | 01/06/2024 | | | 12/2025 1 |

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

| Nome | CPF | Nascimento | Parentesco | Inicio | Fim | Valor | Ref. | Mod. |
|---------------------------------------|--------------|------------|------------|------------|-----|-------|------|-----------|
| HIDELMA APARECIDA DO NASCIMENTO | 044.***.***- | 05/09/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| JAQUELINE IARA DINIZ ALFARO | 990.***.***- | 27/08/**** | TITULAR | 01/02/2024 | | | | 12/2025 1 |
| JOAO AMIN DA SILVA | 058.***.***- | 10/07/**** | TITULAR | 01/04/2025 | | | | 12/2025 1 |
| JOAS DIAS RIBEIRO | 149.***.***- | 23/08/**** | TITULAR | 01/10/2025 | | | | 12/2025 1 |
| JONATHAN AVELINO MUNIZ | 116.***.***- | 22/03/**** | TITULAR | 01/09/2025 | | | | 12/2025 1 |
| JOSE CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA LEITE | 919.***.***- | 03/02/**** | TITULAR | 01/02/2024 | | | | 12/2025 1 |
| JOSEPH ANTHONY SILVA | 122.***.***- | 14/07/**** | TITULAR | 01/10/2024 | | | | 12/2025 1 |
| MARIA APARECIDA MATIAS | 093.***.***- | 23/03/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| MARIA EDUARDA HERINGER | 115.***.***- | 29/05/**** | TITULAR | 01/02/2024 | | | | 12/2025 1 |
| MARTA AMERICA DA SILVA PEREIRA | 933.***.***- | 12/05/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| MICHELE DE ALMEIDA GUALBERTO | 044.***.***- | 10/05/**** | TITULAR | 01/06/2024 | | | | 12/2025 1 |
| MICHELLE GONCALVES VENANCIO SILVA | 012.***.***- | 30/09/**** | TITULAR | 01/02/2024 | | | | 12/2025 1 |
| PATRICIA CARLA ANDRADE | 851.***.***- | 16/08/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| QUENIA DANIELE PARENTE DUARTE | 113.***.***- | 03/11/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| RAQUEL JULIENE VIEIRA DA CRUZ | 870.***.***- | 25/04/**** | TITULAR | 01/02/2025 | | | | 12/2025 1 |

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

| Nome | CPF | Nascimento | Parentesco | Inicio | Fim | Valor | Ref. | Mod. |
|-------------------------------------|--------------|------------|------------|------------|-----|-------|------|-----------|
| RENAN DE OLIVEIRA QUEIROZ | 071.***.***- | 09/11/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| RENATO FRANCISCO DA SILVA | 024.***.***- | 01/02/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| RODRIGO FRANCISCO BARBOSA DE CASTRO | 079.***.***- | 13/03/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| STEFANE MARGARIDA CESAR ANDRADE | 137.***.***- | 24/10/**** | TITULAR | 01/06/2025 | | | | 12/2025 1 |
| SUSAN PIMENTA MACHADO | 013.***.***- | 20/08/**** | TITULAR | 01/09/2024 | | | | 12/2025 1 |
| TALITA FERNANDES DOS SANTOS | 070.***.***- | 21/06/**** | TITULAR | 01/12/2025 | | | | 12/2025 1 |
| TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS | 659.***.***- | 06/01/**** | TITULAR | 01/11/2024 | | | | 12/2025 1 |
| TEREZA CRISTINA CRUZ GONCALVES | 878.***.***- | 04/04/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| VAGNER LOPES DE OLIVEIRA | 046.***.***- | 15/04/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |
| VANESSA FARIA CUNHA | 665.***.***- | 20/09/**** | TITULAR | 01/06/2024 | | | | 12/2025 1 |
| VERA LUCIA DIAS SANTOS | 024.***.***- | 24/09/**** | TITULAR | 01/01/2024 | | | | 12/2025 1 |

BOLETO: ANO: 2026 - NUMERO DO DOCUMENTO: 6981 - Vencendo em: 10/01/2026 - Referente aos empregados ativos em: 12/2025
Quantidade de Titulares: 39 - Quantidade de Dependentes: 2

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 NONO

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.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - MEDICAMENTO PARA TODOS - VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2025 A 31/12/2025

Fica assegurado a todos os empregados abrangidos por esta categoria, o benefício "Medicamento Para Todos", que oferece medicamentos genéricos e similares GRATUITAMENTE, desde que receitados pelos profissionais dos PAF's ou do plano próprio aprovado pelo Sintibref/MG. Aplica-se a todos os empregados das Instituições que estão nas cidades abrangidas pelos PAF's que não sejam Paf Virtual, pelo medicamento já estar integrado a este último benefício.

- I - O trabalhador solicitará seu medicamento à Central de Atendimento via Telefone (WhatsApp): (031) 4042-5046, que será exclusiva para o trabalhador da categoria do Sintibref-MG, com horário de funcionamento das 09:00 às 18:00 de Segunda a Sexta-feira exceto Sábado, Domingo e Feriado.
- II - Após confirmações dos dados do empregado e da disponibilidade do medicamento receitado, o medicamento solicitado será entregue no prazo de 2 a 5 dias úteis no endereço informado pelo trabalhador, nas cidades acima referenciadas do Estado de Minas Gerais, em horário comercial (09:00hs às 18:00hs) e será retida a receita médica no ato da entrega do medicamento pelo entregador, quando necessário.
- III - Serão realizadas duas tentativas de entrega do medicamento no endereço informado pelo trabalhador e não havendo efetivação da entrega por ausência do trabalhador ou responsável indicado, será cobrado o valor de R\$ 20,00 (vinte reais) como taxa de deslocamento, pagos pelo trabalhador diretamente a MAIS BENEFÍCIOS PARA TODOS, conforme contato e instruções repassadas pela Central de Atendimento.
- IV - Os empregados terão até o limite de 30 (trinta) dias para solicitar o medicamento após a data de emissão da receita.
- V - Os medicamentos de uso contínuo, deverão ter a renovação de receita a cada 60 (sessenta) dias.

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: medicamento.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\$ 19,95 (dezenove e noventa e cinco 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 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.
- 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

Para garantia das coberturas contratadas, o empregador deverá proceder com o pagamento do valor de R\$ 19,95 (dezenove e noventa e cinco reais) 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% aodia, 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 TERCEIRO

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, 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 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 |