

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/02/2026 às 18:18:36

**Banco Receptor:** ITAU UNIBANCO S.A.  
**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:** 34193.13530 00009.212010 90075.902966 6 26900101000  
**Instituição Emissora - Nome do Banco:** ITAU UNIBANCO S.A.  
**Código do Banco:** 341 **Código do ISPB:** 60701190  
**Beneficiário original / Cedente**  
**Nome Fantasia:** WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI **CPF/CNPJ:** 19.112.659/0001-68  
**Nome/Razão Social:** WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICI  
**Pagador Sacado**  
**Nome Fantasia:** 0132023 PROTECAO **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

<b>Data do Vencimento:</b> 10/02/2026	<b>Desconto (R\$):</b> 0
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> 06/02/2026	<b>Abatimento (R\$):</b> 0
<b>Valor Nominal do Boleto:</b> 921.2	<b>Valor Calculado (R\$):</b> 921.2
<b>Juros (R\$):</b> 0	<b>Valor Pago (R\$):</b> 921.2
<b>IOF (R\$):</b> 0	<b>Identificação do Pagamento:</b>
<b>Multa (R\$):</b> 0	

**Data/hora da operação:** 06/02/2026 -

**Código da operação:** 59733601038  
**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

**BENEFICIÁRIO:**

WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)  
 MINISTRO OROZIMBO NONATO 442 SALA 701, VILA DA SERRA  
 NOVA LIMA/MG — 34.006-053

**RECIBO DO PAGADOR**

Nome do Cliente 0132023 PROTECAO (CNPJ: 00.211.504/0001-50)		Data de Vencimento 10/02/2026	Valor Cobrado
Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101	Nosso Número 109/00759029-6	Autenticação Mecânica	

**Itaú Banco Itaú S/A | 341-7 | 34191.09008 75902.966623 69001.010003 3 13530000092120**

Local do Pagamento					Vencimento 10/02/2026
Beneficiário WIN ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS (CNPJ: 19.112.659/0001-68)					Agência / Código do Beneficiário 6626/90010-900101
Data Documento 02/02/2026	Nº do Documento 0000759029	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/02/2026	Nosso Número 109/00759029-6
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 921,20
Instruções Multa de 2% após o vencimento + juros de 0,033% ao dia. Mensalidade conforme produto contratado. ANS 41923-1  Número Nf: - - Competência: 02/2026 Valor da mensalidade: R\$ 921.20 Valor da coparticipação: R\$ 0					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador 0132023 PROTECAO (CNPJ: 00.211.504/0001-50) PAINEIRAS1448, , ELDORADO CONTAGEM/MG — 32.310-400					Código de Baixa

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO



Certificamos que o Material / Serviço constante deste documento foi Recebido / Prestado em perfeitas condições.  
 Pago pela conta: 900231  
 Cheque: 90023100033  
 Contagem, 10 de fevereiro de 2026  
Alisa  
 Assinatura



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM FEVEREIRO/2026  
 00.211.504/0001-50 - 013/2023 PROTEÇÃO  
 PLANO ODONTOLÓGICO

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
ABRAAO GOMES REZENDE	063.766.156-78	21/09/1983	01/09/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
ADRIANA FATIMA BARROS	924.659.786-91	07/12/1971	01/03/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
ANA CLARA BARROS DINIZ	087.184.726-48	14/07/2000	01/09/2024		DEPENDENTE	
ANA CAROLINA NASCIMENTO SILVA	114.650.566-37	10/11/1994	01/11/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
ARLENE SOARES DE MIRANDA	011.181.336-09	26/07/1975	01/11/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
CASSIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA	953.081.136-53	05/03/1975	01/09/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
CASSIO CAIO DA CUNHA	084.095.976-16	24/06/1986	01/03/2024	01/03/2026	TITULAR	Criar acesso para Empregado

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
ANTONELLA MANOELA ANDREOLA DA CUNHA	181.222.846-55	07/11/2019	01/04/2024	01/03/2026	DEPENDENTE	Empregado
GERCELIO OLIVEIRA DA CUNHA	525.562.556-68	30/11/1960	01/04/2024	01/03/2026	DEPENDENTE	
LUCAS HENRIQUE DA CUNHA	106.159.016-03	17/04/1990	01/04/2024	01/03/2026	DEPENDENTE	
MARIUZA IRACEMA DA CUNHA	033.182.396-90	20/08/1961	01/04/2024	01/03/2026	DEPENDENTE	
NIVIA MANOELA ANDREOLA DE CUNHA	061.007.526-89	11/12/1983	01/04/2024	01/03/2026	DEPENDENTE	
DENIZA PEREIRA DA SILVA GONCALVES	154.096.458-20	22/05/1974	01/02/2026		TITULAR	Criar acesso para Empregado
EDIANAPEREIRA MOREIRA	016.521.016-83	25/11/1987	01/06/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
ELAINE DE JESUS	988.892.656-04	04/05/1973	01/03/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
BENJAMIM FLORIANO DOS REIS DA SILVA	080.249.116-20	26/05/1984	01/11/2025		DEPENDENTE	
ELAINECRISTINA FERREIRA MACHADO	047.062.706-93	10/02/1980	01/04/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
FABIANA NASCIMENTO MARRIEL	056.026.006-71	19/12/1982	01/10/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
FELIPE PIMENTA MACHADO	055.733.646-50	06/08/1986	01/01/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
FLAVIA ELIZA MARQUES COSTA	902.633.326-91	15/02/1973	01/06/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
HIDELMA APARECIDA DO NASCIMENTO	044.108.296-37	05/09/1972	01/01/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
HYAN HURBANNO RODRIGUES MARCULINO DIETZE	019.246.246-64	18/03/1997	01/02/2026		TITULAR	Criar acesso para Empregado
JAQUELINE IARA DINIZ ALFARO	990.734.636-53	27/08/1973	01/02/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
JOAO AMIN DA SILVA	058.290.556-78	10/07/1988	01/04/2025		TITULAR	Empregado para Criar acesso
JOAS DIAS RIBEIRO	149.628.506-95	23/08/2006	01/10/2025		TITULAR	Empregado para Criar acesso
JOSE CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA LEITE	919.396.316-53	03/12/1971	01/02/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
JOSEPH ANTHONY SILVA	122.085.756-44	14/07/1993	01/10/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
KEILA RIBEIRO DA SILVA DE SA	061.072.016-37	07/12/1982	01/02/2026		TITULAR	Empregado para Criar acesso
MARIA APARECIDA MATIAS	093.247.496-92	22/03/1982	01/01/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
MARIA EDUARDA HERINGER	115.875.416-70	29/05/1993	01/02/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
MARTA AMERICA DA SILVA PEREIRA	933.149.226-04	12/05/1972	01/01/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
MICHELE DE ALMEIDA GUALBERTO	044.629.166-89	10/05/1977	01/05/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
PATRICIA CARLA DE ANDRADE	851.968.276-68	16/08/1971	01/01/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso
ALEX RESENDE OLIVEIRA	033.901.976-05	08/05/1979	01/02/2024		DEPENDENTE	
IZABELLA APARECIDA ANDRADE RESENDE	151.631.986-96	21/09/2008	01/02/2024		DEPENDENTE	
QUENIA DANIELE PARENTE DUARTE	113.487.236-45	03/11/1990	01/01/2024		TITULAR	Empregado para Criar acesso

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Tipo	Ação
OBENICE APARECIDA PARENTE	598.670.516-53	13/06/1961	01/07/2024		DEPENDENTE	
RAQUEL JULIENE VIEIRA DA CRUZ	870.918.446-53	25/04/1967	01/09/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
RENAN DE OLIVEIRA QUEIROZ	071.612.176-01	09/11/1984	01/01/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
RODRIGO FRANCISCO BARBOSA DE CASTRO	079.806.136-78	13/03/1986	01/02/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
STEFANE MARGARIDA CESAR ANDRADE	137.722.866-58	24/10/1997	01/06/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
SUSAN PIMENTA MACHADO	013.726.166-75	20/08/1977	01/09/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
TALITA FERNANDES DOS SANTOS	070.107.866-90	21/06/1984	01/12/2025		TITULAR	Criar acesso para Empregado
TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS	659.652.646-15	06/01/1965	01/12/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
TEREZA CRISTINA CRUZ GONCALVES	878.182.995-72	04/04/1964	01/01/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
VAGNER LOPES DE OLIVEIRA	046.318.366-52	15/04/1982	01/01/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
VANESSA FARIA CUNHA	665.390.996-49	20/09/1967	01/05/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
VERA LUCIA DIAS SANTOS	024.960.686-03	24/09/1968	01/09/2024		TITULAR	Criar acesso para Empregado
WENDER GARCIA DE ALCANTARA	025.618.306-67	02/01/1974	01/02/2026	01/03/2026	TITULAR	Criar acesso para Empregado

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores, convenionados 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, fazendo constar nos respectivos contracheques, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" nesta convenção coletiva.

### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - PLANO ODONTOLÓGICO**

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

Fica estabelecida a obrigatoriedade do presente Plano Odontológico, para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, no valor de **R\$ 18,80 (dezoito reais e oitenta centavos)**, devendo conter as seguintes coberturas:

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Os procedimentos cobertos tanto para empregados quanto dependentes contemplam: rol mínimo da ANS, quais sejam, cirurgia, dentística, diagnóstico, endodontia, odontopediatria, pacientes especiais, prótese, periodontia, radiologia, urgência, prevenção em saúde bucal, bem como, mais de 27 (vinte e sete) procedimentos adicionais nas seguintes coberturas: prótese dentária, cirurgia, dentística, emergência, endodontia, odontologia legal, odontopediatria, periodontia, prevenção, radiologia.

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

As entidades signatárias deste instrumento, estabeleceram parceria com a Win Administradora de Benefícios, autorizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde), especialista de mercado e com diversos diferenciais, que por meio de operadora de serviços odontológicos, oferece todos os procedimentos elencados no parágrafo primeiro.

- I. O Empregador localizado nas cidades onde ainda está sendo implementado o atendimento por parte da operadora do plano odontológico ou que estejam a mais de 100 km do polo de atendimento, são desobrigadas do cumprimento desta cláusula, até que chegue atendimento na cidade ou em um polo de atendimento em um raio de até 100 km de distância.
- II. As cidades que não são polos de atendimento, mas estão em distância inferior a um raio de 100 km das clínicas credenciadas continuam obrigadas a cumprir esta cláusula.
- III. Os trabalhadores que estiverem nas cidades com distância superior a 100 km e desejarem fazer o uso do referido benefício, poderão fazê-lo e neste caso o empregador, deverá cumprir a presente cláusula.
- IV. O empregador ao optar pelo parceiro deve realizar a contratação através do site <https://centraldosbeneficios.com.br/> 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 constantes no site e pelos telefones: (31) 3297-5353 e 0800-9410-123.

#### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os empregadores que já oferecerem o plano odontológico previsto nesta cláusula aos seus empregados por meio de outra OPERADORA contratada, ficam suspensos de cumprir a presente convenção desde que garanta todas as coberturas do parágrafo primeiro desta cláusula através de uma operadora devidamente registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e desde que tais coberturas não sejam inferiores e/ou em menor quantidade das que lá estão elencadas e não haja qualquer prejuízo aos empregados.

I. Para análise das condições do benefício oferecido, o empregador deve enviar para o e-mail: [analise@sintibref-minas.org.br](mailto:analise@sintibref-minas.org.br), cópia do contrato com rol de procedimentos cobertos 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.

#### **PARÁGRAFO QUARTO**

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. E os empregados beneficiários afastados após a inclusão no referido benefício, o empregador continuará responsável pelo pagamento da mensalidade incentivando os empregados a realizarem consultas preventivas ou tratamentos neste período. Entende-se por afastamento qualquer modalidade de afastamento pelo INSS inclusive aposentadoria por invalidez.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

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 nesta convenção coletiva.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

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.

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, que também deve assinar o termo de adesão.

#### PARÁGRAFO SETIMO

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 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, fazendo constar nos respectivos contracheques, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" nesta convenção coletiva.

### SEGURO DE VIDA

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - SEGURO DE VIDA TOTAL

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

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 pelo empregador, no valor mensal de **R\$ 11,32 (onze reais e trinta de 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 R\$	CÔNJUGE R\$	FILHOS R\$
MORTE	19.000,00	5.700,00	3.800,00
MORTE ACIDENTAL	19.000,00	5.700,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ATÉ	19.000,00	5.700,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE ATÉ	19.000,00	5.700,00	NÃO TEM
DOENÇAS GRAVES	19.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
ASSISTENCIA 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

\* Quando ocorrer uma MORTE ACIDENTAL os valores das coberturas: Morte e Indenização especial por morte acidental

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

As entidades signatárias deste instrumento, estabeleceram parceria para contratação do presente seguro de vida com a Central Clube de Seguros, especialista de mercado e com diversos diferenciais, que irá realizar a estipulação, gestão e viabilização das apólices de seguro emitidas por intermédio das Companhias Seguradoras, que irão garantir à toda categoria o presente SEGURO DE VIDA.

I. Para que haja o pleno cumprimento da presente cláusula pelo parceiro, o empregador deverá realizar a contratação do seguro através do site <https://centraldosbeneficios.com.br/>, onde constam todas as informações do presente seguro, 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.

II. Os empregadores que já oferecerem o seguro previsto nesta cláusula aos seus empregados por meio de outro prestador contratado, ficam suspensos de cumprir o presente benefício desde que comprovem que o prestador garante por meio de uma seguradora contratada e registrada na SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS todas as coberturas elencadas na tabela descrita no parágrafo primeiro desta cláusula e desde que tais benefícios não sejam inferiores e/ou em menor quantidade dos que lá estão elencados e não haja qualquer prejuízo aos empregados.

III. Os empregadores deverão enviar os documentos de comprovação de contratação do seguro para análise do cumprimento da presente cláusula, através do e-mail [analise@sintibref-minas.org.br](mailto:analise@sintibref-minas.org.br), contendo 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.

IV. 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.