

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/02/2026 às 18:18:36

Banco Recebedor: 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: 13695.13530 00003.110055 01000.009855 8 01260135559

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: 10/02/2026

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 06/02/2026

Abatimento (R\$): 0

Valor Nominal do Boleto: 311

Valor Calculado (R\$): 311

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 311

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 06/02/2026 -

Código da operação: 59733658535

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: 59733658535
 Contagem, 06 de fevereiro de 2026
 Assinatura

UNICRED 136-8 13695.50106 00009.855800 12601.355592 5 13530000031100

Pagador 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO				CPF/CNPJ do Pagador 211504000150
Nosso Número 0126013555	Nr. Documento 13.555	Vencimento 10/02/2026	Valor do Documento 311,00	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 5501/9855-8			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
GRR BH MENSALIDADE BOLETO VENCIMENTO ORIGINAL 10/02/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 1/2026)				

UNICRED 136-8 13695.50106 00009.855800 12601.355592 5 13530000031100

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 5501/9855-8
Data do documento 06/02/2026	Nr. do Documento 13.555	Espécie DOC DM	Aceite NAO	Data do processamento 06/02/2026	Nosso Número 0126013555
Uso do Banco	Carteira 21	Espécie Moeda R\$	Qtde moeda	xValor	(=) Valor do Documento 311,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): GRR BH MENSALIDADE CONFORME: Cláusula 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: 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO RUA DAS PAINEIRAS, 1448 - CONTAGEM				CPF/CNPJ: 211504000150 UF: MG CEP: 32310-400 CPF/CNPJ:	
Sacador/Avalista:					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			1/2026	6
ADRIANA FATIMA BARROS	924.***.***-	07/12/****	TITULAR	01/03/2024			1/2026	6
ANA CAROLINA NASCIMENTO SILVA	114.***.***-	10/11/****	TITULAR	01/11/2025			1/2026	6
ARLENE SOARES DE MIRANDA	011.***.***-	26/07/****	TITULAR	01/11/2025			1/2026	6
CASSIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA	953.***.***-	05/03/****	TITULAR	01/06/2025		55,00	1/2026	7
MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA SAMOS	184.***.***-	26/04/****	FILHO(A)	01/06/2025			1/2026	7
GUSTAVO HENRIQUE DE OLIVEIRA SAMOS	184.***.***-	26/04/****	FILHO(A)	01/06/2025			1/2026	7
CASSIO CAIO DA CUNHA	084.***.***-	24/06/****	TITULAR	01/03/2024			1/2026	6
EDIANA PEREIRA MOREIRA	016.***.***-	25/11/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	6
ELAINE CRISTINA FERREIRA MACHADO	047.***.***-	10/02/****	TITULAR	01/04/2024			1/2026	6
ELAINE DE JESUS	988.***.***-	04/05/****	TITULAR	01/11/2025		102,00	1/2026	2
BENJAMIM FLORIANO DOS REIS DA SILVA	080.***.***-	26/05/****	ESPOSO(A)	01/11/2025			1/2026	2
BERENICE DOS REIS PINTO	013.***.***-	04/05/****	SOGRO(A)	01/11/2025			1/2026	2
FABIANA NASCIMENTO MARRIEL	056.***.***-	19/12/****	TITULAR	01/10/2025			1/2026	6
FELIPE PIMENTA MACHADO	055.***.***-	06/08/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	6

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

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
FERNANDO RAIMUNDO	932.***.***-	07/06/****	TITULAR	01/08/2024		102,00	1/2026	2
ADELANY DE SOUZA	879.***.***-	07/03/****	ESPOSO(A)	01/08/2024			1/2026	2
FILIFE DA SILVA RAIMUNDO	130.***.***-	04/08/****	FILHO(A)	01/08/2024			1/2026	2
ALINE DA SILVA RAIMUNDO	131.***.***-	01/08/****	FILHO(A)	01/08/2024			1/2026	2
RAFAELA DA SILVA RAIMUNDO	131.***.***-	22/04/****	FILHO(A)	01/08/2024			1/2026	2
FERNANDO TADEU DA SILVA RAIMUNDO	131.***.***-	28/10/****	FILHO(A)	01/08/2024			1/2026	2
FERNANDA EMANUELY DE SOUZA SILVA	189.***.***-	04/11/****	NETO(A)	01/08/2024			1/2026	2
ANA BEATRIZ DE SOUZA	171.***.***-	04/06/****	NETO(A)	01/08/2024			1/2026	2
FLAVIA ELIZA MARQUES COSTA	902.***.***-	15/02/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	6
HIDELMA APARECIDA DO NASCIMENTO	044.***.***-	05/09/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	6
JAQUELINE IARA DINIZ ALFARO	990.***.***-	27/08/****	TITULAR	01/06/2024		52,00	1/2026	11
NEUSA MARIA DINIZ	000.***.***-	04/03/****	MÃE	01/06/2024			1/2026	11
GUSTAVO ADAM DINIZ ALFARO	158.***.***-	08/12/****	FILHO(A)	01/06/2024			1/2026	11
PAULO CESAR DINIZ ALFARO	155.***.***-	15/10/****	FILHO(A)	01/06/2024			1/2026	11
JOAO AMIN DA SILVA	058.***.***-	10/07/****	TITULAR	01/04/2025			1/2026	6

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

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
JOAS DIAS RIBEIRO	149.***.***-	23/08/****	TITULAR	01/10/2025		1/2026	6	
JONATHAN AVELINO MUNIZ	116.***.***-	22/03/****	TITULAR	01/09/2025		1/2026	6	
JOSE CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA LEITE	919.***.***-	03/02/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
JOSEPH ANTHONY SILVA	122.***.***-	14/07/****	TITULAR	01/10/2024		1/2026	6	
MARIA APARECIDA MATIAS	093.***.***-	23/03/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
MARIA EDUARDA HERINGER	115.***.***-	29/05/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	6	
MARTA AMERICA DA SILVA PEREIRA	933.***.***-	12/05/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
MICHELE DE ALMEIDA GUALBERTO	044.***.***-	10/05/****	TITULAR	01/06/2024		1/2026	6	
MICHELLE GONCALVES VENANCIO SILVA	012.***.***-	30/09/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	6	
PATRICIA CARLA ANDRADE	851.***.***-	16/08/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
QUENIA DANIELE PARENTE DUARTE	113.***.***-	03/11/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
RAQUEL JULIENE VIEIRA DA CRUZ	870.***.***-	25/04/****	TITULAR	01/07/2024		1/2026	6	
RENAN DE OLIVEIRA QUEIROZ	071.***.***-	09/11/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
RENATO FRANCISCO DA SILVA	024.***.***-	01/02/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	
RODRIGO FRANCISCO BARBOSA DE CASTRO	079.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	6	

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

Nome	CPF	Nascimento	Parentesco	Inicio	Fim	Valor	Ref.	Mod.
STEFANE MARGARIDA CESAR ANDRADE	137.***.***-	24/10/****	TITULAR				1/2026	6
SUSAN PIMENTA MACHADO	013.***.***-	20/08/****	TITULAR	01/09/2024			1/2026	6
TALITA FERNANDES DOS SANTOS	070.***.***-	21/06/****	TITULAR	01/12/2025			1/2026	6
TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS	659.***.***-	06/01/****	TITULAR	01/11/2024			1/2026	6
TEREZA CRISTINA CRUZ GONCALVES	878.***.***-	04/04/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	6
VAGNER LOPES DE OLIVEIRA	046.***.***-	15/04/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	6
VANESSA FARIA CUNHA	665.***.***-	20/09/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	6
VERA LUCIA DIAS SANTOS	024.***.***-	24/09/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	6

BOLETO: ANO: 2026 - NUMERO DO DOCUMENTO: 13555 - Vencendo em: 10/02/2026 - Referente aos empregados ativos em: 1/2026
Quantidade de Titulares: 39 - Quantidade de Dependentes: 14

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, 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 DÉCIMA SEXTA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF MG

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

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF MG 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:

DEMAIS CIDADES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

O Programa de Assistência Familiar – PAF MG previsto para todas as cidades do Estado de MG, exceto os que laboram em Belo Horizonte, Betim, Contagem, Uberlândia, Juiz de Fora, Governador Valadares e região, por possuírem disponibilização de benefícios específicos a cada cidade ou região, 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. Direito a descontos em consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, lazer e educação aos trabalhadores da categoria e seus dependentes, agendadas diretamente no aplicativo do prestador Cartão de Todos e em todas suas clínicas conveniadas, disponíveis no Estado de Minas Gerais.
- II. As clínicas conveniadas, as especialidades, os procedimentos cobertos e os parceiros deste benefício são de responsabilidade da Administradora e do prestador responsáveis.
- III. 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.
- IV. Os empregados com idade superior a 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos Seguro de Assistência Funeral por Morte Natural ou Morte Acidental, por força de condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no PAF permanecerão segurados, independentemente da idade.
- V. 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.

VI. Será obrigatório o cumprimento desta cláusula para as instituições locadas nos polos de atendimento abaixo e nas cidades até 100km destas (disponíveis no site: www.sintibref-minas.org.br), uma vez que o gasto para deslocamento continua sendo viável e altamente benéfico ao trabalhador e seus familiares. O trabalhador que está nas cidades com distância maior que 100km, aplica-se o PAF VIRTUAL, previsto nesta CCT. As cidades polo de atendimento são:

CIDADES POLO DE ATENDIMENTO		
ALFENAS	IPATINGA	PONTE NOVA
BARBACENA	ITAJUBÁ	RIBEIRÃO DAS NEVES
CONTAGEM	BELO HORIZONTE	JUIZ DE FORA
SABARÁ	CURVELO	BETIM
LAGOA SANTA	SANTA LUZIA	MONTES CLAROS
CORONEL FABRICIANO	LAVRAS	SETE LAGOAS
NOVA LIMA	CARATINGA	MANHUAÇU
TEOFILO OTONI	PASSOS	CATAGUASES
PATOS DE MINAS	UBERABA	POUSO ALEGRE
IBIRITÉ	POÇOS DE CALDAS	VARGINHA
VESPASIANO	PARÁ DE MINAS	ARAGUARI
ITAUNA	MARIANA	MURIAE
BARREIRO	PATROCÍNIO	UBERLÂNDIA
DIVINÓPOLIS	SÃO JOÃO DEL REI	VIÇOSA
CONSELHEIRO LAFAIETE	UBÁ	TRÊS CORAÇÕES

- A listagem e cidades acima está sujeita a alterações a qualquer tempo durante a vigência desta convenção coletiva.
- Ao empregado que precisar se deslocar para o atendimento médico ou de comparecimento na cidade vizinha será obrigatória a aceitação do atestado médico para abono da falta ora justificada.

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 as 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

- O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 32,50 (trinta e dois reais e cinquenta centavos)**, 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 dos empregados, na forma desta cláusula, 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.

- 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 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