

Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Gerenciador CAIXA

Data Emiss

Banco Receptor: UNICRED
Pagador Final / Efetivo
Nome: CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT
CPF/CNPJ: 00.211.504/0001-50 **Conta de Dbito:** 00893/1292/000577299005-1

Histrico do Pagamento:
Representa
Instituio Emissora - Nome do Banco: UNICRED
Cdigo do Banco: 136 **Cdigo do ISPB:** 315557
Beneficirio original / Cedente
Nome Fantasia: SINDICATO DOS EMPREGADOS E **CPF/CNPJ:** 02.131.247/0001-72
Nome/Razo 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 Efetivao / Agendamento: 06/02/2026	Abatimento (R\$): 0
Valor Nominal do Bolet: 87.9	Valor Calculado (R\$): 87.9
Juros (R\$): 0	Valor Pago (R\$): 87.9
IOF (R\$): 0	Identificao do Pagamento:
Multa (R\$): 0	

Data/hora da operao: 06/02/2026 -

Cdigo da operao: 59733601056
Chave de segurao:

Em caso de dvidas entre em contato atravs dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transao presente neste comprovante.

SAC CAIXA Ouvidoria
0800 726 0101 0800 725 7474
Pessoas com deficincia 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: 9003.1
 Cheque: 59123601006
 Contagem, 06 de Janeiro de 2026
Alsa
 Assinatura

UNICRED **136-8** 13695.50106 00011.520707 12601.398725 1 13530000008790

Pagador 67786 - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM-PROJETO PROTECAO				CPF/CNPJ do Pagador 211504000150
Nosso Número 0126013987	Nr. Documento 13.987	Vencimento 10/02/2026	Valor do Documento 87,90	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 10/02/2026 (REFERENTE AOS USUARIOS ATIVOS EM 1/2026)				

UNICRED **136-8** 13695.50106 00011.520707 12601.398725 1 13530000008790

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 5501/11520-7
Data do documento 06/02/2026	Nr. do Documento 13.987	Espécie DOC DM	Aceite NAO	Data do processamento 06/02/2026	Nosso Número 0126013987
Uso do Banco	Carteira 21	Espécie Moeda R\$	Qtde moeda	xValor	(=) Valor do Documento 87,90
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 10/02/2026 (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
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			1/2026	1
ADRIANA FATIMA BARROS	924.***.***-	07/12/****	TITULAR	01/03/2024			1/2026	1
ANA CAROLINA NASCIMENTO SILVA	114.***.***-	10/11/****	TITULAR	01/11/2025			1/2026	1
ARLENE SOARES DE MIRANDA	011.***.***-	26/07/****	TITULAR	01/11/2025			1/2026	1
CASSIA REGINA DE OLIVEIRA SILVA	953.***.***-	05/03/****	TITULAR	01/04/2024			1/2026	1
CASSIO CAIO DA CUNHA	084.***.***-	24/06/****	TITULAR	01/03/2024			1/2026	1
EDIANA PEREIRA MOREIRA	016.***.***-	25/11/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	1
ELAINE CRISTINA FERREIRA MACHADO	047.***.***-	10/02/****	TITULAR	01/04/2024			1/2026	1
ELAINE DE JESUS	988.***.***-	04/05/****	TITULAR	01/11/2025			1/2026	5
BENJAMIM FLORIANO DOS REIS DA SILVA	080.***.***-	26/05/****	ESOSO(A)	01/11/2025		43,95	1/2026	5
BERENICE DOS REIS PINTO	013.***.***-	04/05/****	SOGRO(A)	01/11/2025		43,95	1/2026	5
FABIANA NASCIMENTO MARRIEL	056.***.***-	19/12/****	TITULAR	01/10/2025			1/2026	1
FELIPE PIMENTA MACHADO	055.***.***-	06/08/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
FERNANDO RAIMUNDO	932.***.***-	07/06/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
FLAVIA ELIZA MARQUES COSTA	902.***.***-	15/02/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	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		1/2026	1	
JAQUELINE IARA DINIZ ALFARO	990.***.***-	27/08/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	1	
JOAO AMIN DA SILVA	058.***.***-	10/07/****	TITULAR	01/04/2025		1/2026	1	
JOAS DIAS RIBEIRO	149.***.***-	23/08/****	TITULAR	01/10/2025		1/2026	1	
JONATHAN AVELINO MUNIZ	116.***.***-	22/03/****	TITULAR	01/09/2025		1/2026	1	
JOSE CARLOS PEREIRA DE OLIVEIRA LEITE	919.***.***-	03/02/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	1	
JOSEPH ANTHONY SILVA	122.***.***-	14/07/****	TITULAR	01/10/2024		1/2026	1	
MARIA APARECIDA MATIAS	093.***.***-	23/03/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	1	
MARIA EDUARDA HERINGER	115.***.***-	29/05/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	1	
MARTA AMERICA DA SILVA PEREIRA	933.***.***-	12/05/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	1	
MICHELE DE ALMEIDA GUALBERTO	044.***.***-	10/05/****	TITULAR	01/06/2024		1/2026	1	
MICHELE GONCALVES VENANCIO SILVA	012.***.***-	30/09/****	TITULAR	01/02/2024		1/2026	1	
PATRICIA CARLA ANDRADE	851.***.***-	16/08/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	1	
QUENIA DANIELE PARENTE DUARTE	113.***.***-	03/11/****	TITULAR	01/01/2024		1/2026	1	
RAQUEL JULIENE VIEIRA DA CRUZ	870.***.***-	25/04/****	TITULAR	01/02/2025		1/2026	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			1/2026	1
RENATO FRANCISCO DA SILVA	024.***.***-	01/02/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
RODRIGO FRANCISCO BARBOSA DE CASTRO	079.***.***-	13/03/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
STEFANE MARGARIDA CESAR ANDRADE	137.***.***-	24/10/****	TITULAR	01/06/2025			1/2026	1
SUSAN PIMENTA MACHADO	013.***.***-	20/08/****	TITULAR	01/09/2024			1/2026	1
TALITA FERNANDES DOS SANTOS	070.***.***-	21/06/****	TITULAR	01/12/2025			1/2026	1
TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS	659.***.***-	06/01/****	TITULAR	01/11/2024			1/2026	1
TEREZA CRISTINA CRUZ GONCALVES	878.***.***-	04/04/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
VAGNER LOPES DE OLIVEIRA	046.***.***-	15/04/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1
VANESSA FARIA CUNHA	665.***.***-	20/09/****	TITULAR	01/06/2024			1/2026	1
VERA LUCIA DIAS SANTOS	024.***.***-	24/09/****	TITULAR	01/01/2024			1/2026	1

BOLETO: ANO: 2026 - NUMERO DO DOCUMENTO: 13987 - Vencendo em: 10/02/2026 - Referente aos empregados ativos em: 1/2026
 Quantidade de Titulares: 39 - Quantidade de Dependentes: 2

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	SETÉ 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