

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/01/2026 às 11:51:27

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE

CPF/CNPJ: 00.211.504/0001-50 **Conta de Débito:** 00893/1292/000577606746-0

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 75693.13220 00000.643214 03001.064397 1 11028137001

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Código do Banco: 756 **Código do ISPB:** 2038232

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CENTRAL CLUBE DE SEGUROS **CPF/CNPJ:** 34.002.229/0001-87

Nome/Razão Social: CENTRAL CLUBE DE SEGUROS

Pagador Sacado

Nome Fantasia: 0132023 PROTECAO **CPF/CNPJ:** 00.211.504/0001-50

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE **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 Boleto: 64.32

Valor Calculado (R\$): 64.32

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 64.32

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 09/01/2026 -

Código da operação: 58410223395

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

Instruções de impressão

- Imprima em impressora jato de tinta ou laser. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm).
- Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.
- Caso tenha problemas ao imprimir, copie a linha digitável abaixo e pague no caixa eletrônico ou no internet banking.

Linha digitável: 75691.40309 01064.397118 10281.370014 3 13220000006432

Valor R\$: 64,32

Recibo do pagador

		756-0	75691.40309 01064.397118 10281.370014 3 13220000006432		
Local do pagamento				Cooperativa contratante/Código do Beneficiário	
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				4030 / 0643971	
Beneficiário: Central Clube de Seg - SVT			CNPJ: 34.002.229/0001-87		Nosso número
					1102813-7
Data do documento		Nr. do documento		Vencimento	(=)Valor do documento
29/12/2025		1383544		10/01/2026	64,32
(-)Descontos	(-)Outras Deduções/Abatimentos	(+)Mora/Multa/Juros	(+) Outros Acréscimos	(=)Valor cobrado	
Pagador: 24129 - ESPORTE IPE AMARELO CNPJ: 00.211.504/0001-50					
Endereço: Rua Paineiras, 1448 - Bairro: Eldorado					
CONTAGEM MG - CEP: 32310400					
Demonstrativo				Autenticação mecânica	

Corte na linha pontilhada

		756-0	75691.40309 01064.397118 10281.370014 3 13220000006432		
Local do pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					10/01/2026
Beneficiário: Central Clube de Seg - SVT			CNPJ: 34.002.229/0001-87		Cooperativa contratante/Código do Beneficiário
					4030 / 0643971
Data do documento	Nr. do documento	Espécie DOC	Aceite	Data processam.	Nosso número
29/12/2025	1383544	DM	NAO	29/12/2025	1102813-7
Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Qtde. moeda	Valor	(=)Valor do documento
	1	R\$			64,32
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) SEGURO DE VIDA TOTAL 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(BOLETO MENSAL REFERENTE AOS EMPREGADOS ATIVOS EM 12/2025) Nome fantasia: ESPORTE IPE AMARELO					(-)Descontos
					(-)Outras Deduções/Abatimentos
					(+)Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=)Valor Cobrado
Pagador: 24129 - ESPORTE IPE AMARELO CNPJ: 00.211.504/0001-50					
Endereço: Rua Paineiras, 1448 - Bairro: Eldorado					
CONTAGEM MG - CEP: 32310400					
Sacador/Avalista:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Certificamos que o Material/Serviço constante deste documento foi Recebido/ Prestado em perfeitas condições.
Pago pela Conta: 532606746-0
Cheque: 58410.223395
Contagem, 09 de Janeiro de 2026
Assinatura



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM DEZEMBRO/2025
00.211.504/0001-50 - ESPORTE IPE AMARELO
SEGURO DE VIDA TOTAL

Nome	CPF	Data Nascimento	Prêmio	Data de Início	Data de Fim	Ação
JEAN CARLODA CRUZ LEITE	139.644.086-03	18/07/2006	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/07/2025	01/01/2026	Criar acesso para Empregado
KAIO LEANDRO ALVES DE SOUZA	140.461.596-26	08/03/2006	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/05/2024	01/01/2026	Criar acesso para Empregado
LAUDENIR CAMPOS	438.216.423-00	14/04/1973	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/07/2025	01/01/2026	Criar acesso para Empregado
MARISA DO CARMO CARDOSO LIMA	033.870.866-95	27/08/1957	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/12/2024		Criar acesso para Empregado
SULAMITA MARISA PRADO ABRANTES	562.169.206-34	14/01/1967	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/04/2025	01/01/2026	Criar acesso para Empregado
WELLERSON EMERIQUE CAETANO	146.255.596-93	30/11/2002	19.000,00 PADRAO SINTIBREF-MG 11,32	01/08/2024	01/01/2026	Criar acesso para Empregado

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 garanta 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, 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.

Aos trabalhadores afastados antes do início de inclusão no Seguro de vida, o Empregador fica isento da sua obrigatoriedade até que este retorne às suas atividades. No caso de trabalhadores afastados após sua inclusão no referido benefício, o Empregador continua responsável pelo pagamento das mensalidades, inclusive em casos de aposentadoria por invalidez.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de prejuízo ao empregado por inadimplência e/ou descumprimento pelo empregador, o empregador configurar-se-á inteiramente como responsável pelo pagamento das garantias estabelecidas nesta cláusula, quando da ocorrência de tais eventos, bem como, permanece regularmente responsável pelo descumprimento da presente convenção coletiva de trabalho, assumindo todo o ônus previsto nesta convenção pelo indevido descumprimento.

PARÁGRAFO QUARTO

O Empregador detém a prerrogativa de descontar dos trabalhadores até 50% (cinquenta por cento) do valor do referido Seguro de Vida em Grupo descrito nessa cláusula, administrada pela Central dos Benefícios. Para tanto, cabe ao Empregador possuir a adesão formal do empregado para pagamento de parte do presente Seguro de Vida em Grupo, conforme aprovado em assembleia desde sua inclusão em CCT.

I. A falta da autorização de compartilhamento não exime o Empregador do cumprimento integral desta cláusula, visto que o descumprimento enseja em responsabilização civil de reparar o dano ao trabalhador prejudicado, bem como, as penalidades previstas neste Instrumento Coletivo.

II. O Seguro de Vida em Grupo é assegurado a todo empregado da categoria e na inexistência de autorização formal para desconto em sua folha de pagamento, o Empregador deverá custear integralmente o referido benefício.

PARÁGRAFO QUINTO

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 SEXTO

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, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" nesta convenção coletiva.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL

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

Fica instituída a obrigatoriedade de contratação do presente seguro de acidentes pessoais e programa de assistências voltadas à saúde e bem-estar do trabalhador, proporcionando segurança e benefícios aos trabalhadores e empregadores, tendo o presente programa foco e apoio para auxílio no cumprimento da NR-1, no valor mensal de R\$ 44,35 (Quarenta e quatro reais e trinta e cinco centavos), para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, conforme as seguintes tabelas de coberturas e assistências:

PLANO OURO

ASSISTÊNCIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
KIT NATALIDADE	R\$ 450,00	-	Nascimento de filho(a) da empregada titular.
CESTA BÁSICA	R\$ 500,00	1	Afastamento por doença por período superior a 60 dias.
COMPLEMENTO DE REMUNERAÇÃO POR AFASTAMENTO	R\$ 1.000,00	1	Afastamento por doença por período superior a 90 dias.
REEMBOLSO CRECHE	R\$ 600,00	1	Matrícula do(a) filho(a) em creche particular.
CASAMENTO	R\$ 900,00	1	Em caso de casamento do titular.
APOSENTADORIA	R\$ 2.000,00	1	Aposentadoria do titular.
REEMBOLSO MATERIAL ESCOLAR	Até R\$ 500,00	1	Aquisição de material escolar de filho(s) matriculado(s) em escola particular no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano).
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL	-	-	Disponibiliza apoio nutricional ao titular por telefone.
ASSISTÊNCIA FITNESS	-	-	Disponibiliza assistência "personal fitness" ao titular por telefone.
ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	-	-	Disponibiliza apoio psicológico ao titular por telefone ou videochamada, priorizando a saúde mental.