

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/04/2025 às 18:10:24

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:** 75692.10470 00002.871014 03001.064397 1 09223502001**Instituição Emissora - Nome do Banco:** BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.**Código do Banco:** 756 **Código do ISPB:** 2038232**Beneficiário original / Cedente****Nome Fantasia:** PROAGIR CLUBE DE BENEFICIOS SOCIAIS **CPF/CNPJ:** 34.002.229/0001-87**Nome/Razão Social:** PROAGIR CLUBE DE BENEFICIOS SOCIAIS**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:** 10/04/2025**Desconto (R\$):** 0**Data de Efetivação / Agendamento:** 03/04/2025 **Abatimento (R\$):** 0**Valor Nominal do Boleto:** 287.1**Valor Calculado (R\$):** 287.1**Juros (R\$):** 0**Valor Pago (R\$):** 287.1**IOF (R\$):** 0**Identificação do Pagamento:****Multa (R\$):** 0**Data/hora da operação:** 03/04/2025 -**Código da operação:** 44738607917**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 01064.397100 92235.020010 2 10470000028710

Valor R\$: 287,10

**Seguro
Bem-Estar Integral**

*Você, cliente do Seguro Bem-Estar Integral,
aproveite agora o Clube de Vantagens CDB*

Acesse o site ou baixe o aplicativo e tenha
acesso a **descontos de até 80% e cashback em
PIX** em lojas on-line e físicas em todo Brasil.

clubedevantagens.centraldosbeneficios.com.br/main

Corte na linha pontilhada



756-0

75691.40309 01064.397100 92235.020010 2 10470000028710

Local do pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento

10/04/2025Beneficiário: **Proagir - Seguro Bem-Estar Integral**CNPJ: **34.002.229/0001-87**Cooperativa contratante/Código do
Beneficiário**4030 / 0643971**

Data do documento

27/03/2025

Nr. do documento

1061168

Espécie DOC

DM

Aceite

NAO

Data processam.

27/03/2025

Nosso número

0922350-2

Uso do banco

Carteira

1

Espécie Moeda

R\$

Qtde. moeda

Valor

(=)Valor do documento

287,10

Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)

SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL 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 10/04/2025(BOLETO MENSAL REFERENTE AOS EMPREGADOS ATIVOS EM 03/2025)

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:

Certificamos que o Material/Serviço

constante deste documento foi recebido

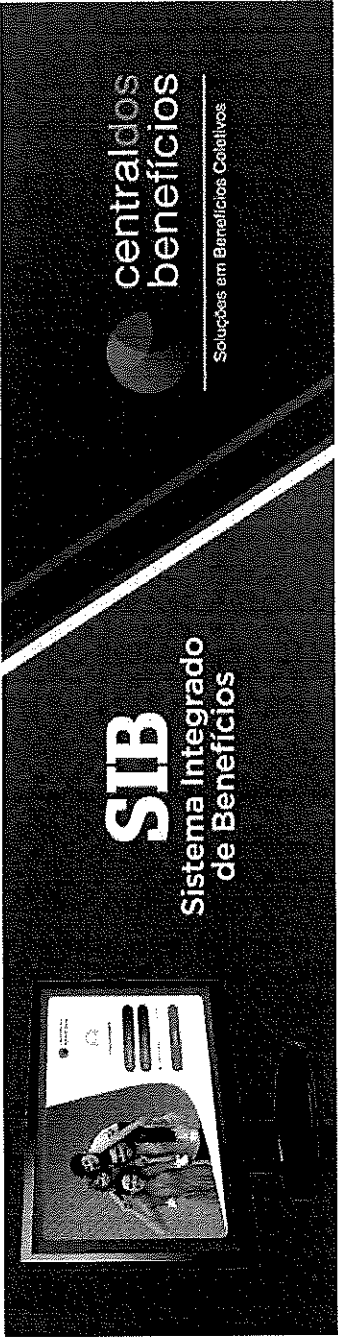
Prestado em perfeitas condições.

Pago pela Conta: 6746-0

Cheque: 44738607917

Contagem, 03 de Abril de 2025

Assinatura



LISTA DE EMPREGADOS ATIVOS EM MARÇO/2025
00.211.504/0001-50 - ESPORTE IPE AMARELO
SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Ação
DANIEL AUGUSTO DOS SANTOS	015.519.116-04	28/04/1986	01/09/2024		Criar acesso para Empregado
DAYANE SILVA ALVES	119.575.556-29	13/12/1994	01/10/2024		Criar acesso para Empregado
DULCINEIA FREITAS DO CARMO FARIA	915.711.206-10	19/06/1972	01/10/2024		Criar acesso para Empregado
HYNGRID GRAZIELLE OLIVEIRA SANTOS	107.103.046-92	21/09/1989	01/12/2024		Criar acesso para Empregado
JEOVA LUCAS PINHO LOPES	139.728.886-86	08/07/2000	01/06/2024		Criar acesso para Empregado
KAIO LEANDRO ALVES DE SOUZA	140.461.596-26	08/03/2006	01/06/2024		Criar acesso para Empregado
MARIA THERESA DOS SANTOS SILVA	104.615.476-19	04/03/1992	01/11/2024		Criar acesso para Empregado

Nome	CPF	Data Nascimento	Data de Início	Data de Fim	Ação
RAMES LUIZ DOS SANTOS SOARES	099.623.246-02	23/08/1991	01/06/2024		para Empregado Criar acesso para Empregado
TALITA MATOS SANTOS ALMEIDA	030.644.865-35	14/05/1999	01/11/2024		Criar acesso para Empregado
VALQUIRIA KENIA COSTA SANTOS	079.924.466-07	26/03/1979	01/10/2024		Criar acesso para Empregado
WELLERSON EMERIQUE CAETANO	146.255.596-93	30/11/2002	01/08/2024		Criar acesso para Empregado

OUTROS AUXÍLIOS

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL - 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 acidentes pessoais e assistências no valor de R\$ 26,10 (vinte e seis e dez centavos), para cumprimento e pagamento integral pelo empregador, conforme as seguintes tabelas de coberturas e assistências: PLANO OURO

ASSISTÊNCIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELA	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.
ASSISTÊNCIA JURÍDICA	-	-	Disponibiliza orientação jurídica on-line ao titular (chat ou parecer).
CLUBE DE VANTAGENS	-	-	Rede nacional de descontos.
COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO	
MORTE ACIDENTAL - MA	R\$ 15.000,00	Morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.	
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA	Até 30 diárias de R\$ 200,00 cada	Em caso de hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoalcoberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.	
4 SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)	R\$ 500,00	Valores líquidos de Imposto de Renda.	
ASSISTÊNCIAS PARA AS INSTITUIÇÕES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	Até R\$ 2.000,00	1	Pagamento de rescisão de empregado com no mínimo sete anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	R\$ 1.500,00	1	Verba para treinamento em razão da admissão de trabalhador acima de 60 anos ou que tenha deficiência ou estagiário.
LICENÇA-PATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença do empregado titular.
LICENÇA-MATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença da empregada titular.
AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE EMPREGADO	R\$ 2.000,00	1	Afastamento do titular por acidente, superior a 30 dias.
ASSISTÊNCIA BEM + RH	-	-	Suporte às empresas no desenvolvimento da saúde emocional dos colaboradores com acompanhamento de profissional especializado através de ferramentas e conteúdos específicos.
COBERTURA SECURITÁRIA PARA AS INSTITUIÇÕES			
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO	
RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL	Até R\$ 2.000,00	Reembolso de despesas com pagamento de verbas rescisórias, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos.	

PARÁGRAFO SEGUNDO

As entidades signatárias deste instrumento, estabeleceram parceria com a Central dos Benefícios, que será responsável por toda a gestão e viabilização das apólices de seguro emitidas por intermédio das Empresas Seguradoras, que garantirão à toda categoria o PROGRAMA BEM-ESTAR INTEGRAL, conforme tabela acima.

I - Para que haja o cumprimento da presente cláusula, através da parceria indicada, o empregador deve realizar a contratação pelo Portal do Cliente disponível no endereço: <https://portal.centraldosbeneficios.com.br/adesao/>, dar o aceite ao TERMO DE ADESÃO do benefício, que contém as informações e regras de utilização (tais como: data de movimentação dos empregados, dados a serem informados dos empregados, informações sobre inadimplência, procedimentos para abertura e andamentos de sinistro, e condições gerais do produto/benefício) 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 oferecerem os mesmos benefícios previstos nesta cláusula aos seus empregados por meio de outro prestador contratado, através de prestador devidamente registrado na SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, estão desobrigados do cumprimento com a empresa parceira, desde que comprovadamente este prestador garanta indenizações e vantagens previstos no Parágrafo Primeiro desta cláusula e desde que tais benefícios não sejam inferiores e/ou em menor quantidade, abrangência e qualidade dos que lá estão elencados, e que não haja qualquer prejuízo econômico aos empregados. Para tanto, devem solicitar análise ao SINTIBREF-MG, para a validação e concessão do respectivo termo de aceite, devendo ser comprovado anualmente a permanência dos empregados no benefício contratado.

I - Para análise das condições do benefício oferecido, o empregador deve enviar ao e-mail: 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.

II - Optando pela contratação do presente Seguro com a Central dos Benefícios, as entidades signatárias deste instrumento, contarão ainda com os seguintes diferenciais:

- Contratação facilitada, 100% digital;
- Apólice Coletiva com emissão de Certificado Individual para cada segurado;
- Sem análise de perfil de saúde;
- Pagamento Postecipado;
- Atendimento exclusivo e humanizado;

PARAGRAFO QUARTO

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 ônus e penalidades pelo indevido descumprimento.

I - Aos trabalhadores afastados antes do início do Programa Bem-Estar Integral, o Empregador fica isento da obrigatoriedade de inclusão 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 QUINTO

O presente seguro aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: contrato de trabalho por tempo indeterminado, por prazo determinado, por período de experiência, temporário entre outras modalidades com previsão na Consolidação das Leis do Trabalho, ou aceitas pela jurisprudência.

PARÁGRAFO SEXTO

Fica facultado às Instituições empregadoras parceiras do 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 no contracheque deles, conforme estipulado no parágrafo quarto da cláusula "PISO DA CATEGORIA" de termo aditivo vigente.

JORNADA DE TRABALHO – DURAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, CONTROLE, FALTAS FALTAS

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ABONO DE FALTAS JUSTIFICADAS

Poderão os empregados deixar de comparecer no trabalho, sem prejuízo do salário, conforme disposto:

Motivo:	Qtd. de dias:	Base legal:
Falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica.	Até 2 (dois) dias consecutivos	Art. 2473, CLT e 320, §3º, CLT
Casamento.	Até 3 (três) dias consecutivos	Art. 2473, CLT e 320, §3º, CLT
Licença-paternidade.	Cinco dias consecutivos	§1º, Art. 10, ADCT, até que seja disciplinado o art. 7º XIX, da Constituição Federal.
Doação voluntária de sangue devidamente comprovada.	Por um dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho.	Art. 2473, CLT
Alistar eleitor.	Até 2 (dois) dias consecutivos ou não.	Art. 2473, CLT
Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar).	No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências previstas em lei.	Art. 2473, CLT