

## TERMO ADITIVO A CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2019/2019

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: MR002971/2019

NÚMERO DO PROCESSO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 46211.000241/2018-10

DATA DE REGISTRO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 25/01/2018

SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUICOES BENEFICENTES, RELIGIOSAS E FILANTROPICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS SINTIBREF MG, CNPJ n. 02.131.247/0001-72, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). GERALDO GONCALVES DE OLIVEIRA FILHO;

E

SINDICATO DAS INSTITUICOES BENEFICENTES, RELIGIOSAS E FILANTROPICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CNPJ n. 04.840.529/0001-74, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). ELAINE PEREIRA CLEMENTE;

celebram o presente TERMO ADITIVO DE CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, estipulando as condições de trabalho previstas nas cláusulas seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - VIGÊNCIA E DATA-BASE

As partes fixam a vigência do presente Termo Aditivo de Convenção Coletiva de Trabalho no período de 01º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019 e a data-base da categoria em 01º de janeiro.

### CLÁUSULA SEGUNDA - ABRANGÊNCIA

O presente Termo Aditivo de Convenção Coletiva de Trabalho abrangerá a(s) categoria(s) **Instituições beneficentes, religiosas e filantrópicas e de seus respectivos empregados**, com abrangência territorial em MG.

### Salários, Reajustes e Pagamento

#### Piso Salarial

### CLÁUSULA TERCEIRA - PISO DA CATEGORIA

A partir de 1º de Janeiro de 2019, serão praticados os seguintes pisos salariais, para uma jornada de 44 horas semanais, ficando permitido o pagamento conforme a proporcionalidade das horas trabalhadas, exceto para os empregados aprendizes por serem regidos por lei específica:

<b>Pisos</b>	<b>Salário</b>
Belo Horizonte	R\$ 1.092,00
Cidades de Uberlândia, Contagem, Juiz De Fora, Betim e Montes Claros	R\$ 1.050,00
Demais cidades do Estado de Minas Gerais	R\$ 1.030,00

\*\* Em virtude da Lei 11.494, de 20 de junho de 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB e o Decreto

6.253, de 13 de novembro de 2007, que dispõe sobre a regulamentação e dá outras providências, fica assegurado aos empregados que trabalham com **a educação** infantil na condição de **professor** (creches de associações comunitárias e ou instituições sem fins lucrativos, conveniadas ou não com o poder Público) reajuste salarial conforme caput **da presente convenção coletiva de trabalho**.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A todos os empregados que recebem acima dos pisos estipulados, será aplicado, no mínimo o índice conforme tabela de reajuste salarial, prevista nesta CCT.

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

**Considerando a possibilidade em função de necessidades por questões operacionais e ou legais, fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrarem os salários dos empregados** o valor dos benefícios previstos nesta CCT. Neste caso a integração dos valores referentes aos benefícios desta CCT de obrigação do empregador conforme citados acima, fica estabelecido que, tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos.

a) Os descontos referidos no caput já têm previa autorização do empregado uma vez que, os respectivos valores integrarão o salário com a finalidade única e exclusiva da manutenção dos benefícios, aprovados em Assembleias (de empregados e patronal).

#### **PARAGRAFO TERCEIRO**

A proporcionalidade das horas trabalhadas referente aos pisos da categoria previstos no caput desta cláusula não se aplicam para os empregados que laboram na jornada 12X36.

### **Reajustes/Correções Salariais**

#### **CLÁUSULA QUARTA - REAJUSTE SALARIAL**

O **Sindicato das Instituições Beneficentes, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais** concede à categoria profissional, inclusive as categorias diferenciadas conforme súmula 374 do TST, representada pelo **Sindicato dos Empregados em Instituições Beneficentes, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais** (exemplo: **Fundações, Institutos, Associações, Entidades Sem Fins Lucrativos, Organizações não Governamentais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Igrejas E Congregações de todos os credos, Irmandades, Centros, Creches, Asilos, Casa lar, Abrigos, Institutos de longa permanência, beneficentes de Assistência social, Escolas Filantrópicas, entre outras Instituições Congêneres**), no dia **1º de Janeiro de 2019**, reajuste salarial, a incidir sobre os salários vigentes no mês de aplicação do índice de proporcionalidade abaixo:

	<b>MÊS DE ADMISSÃO E INCIDÊNCIA DO REAJUSTE</b>	<b>ÍNDICE</b>	<b>FATOR DE REAJUSTE</b>
<b>Até</b>	Janeiro de 2018	<b>3,00%</b>	1.0300
	Fevereiro de 2018	2,75%	1.0275
	Março de 2018	2,50%	1.0250
	Abril de 2018	2,25%	1.0225
	Mai de 2018	2,00%	1.0200
	Junho de 2018	1,75%	1.0175

Julho de 2018	1,50%	1.0150
Agosto de 2018	1,25%	1.0125
Setembro de 2018	1,00%	1.0100
Outubro de 2018	0,75%	1.0075
Novembro de 2018	0,50%	1.0050
Dezembro de 2018	0,25%	1.0025

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os reajustes salariais concedidos a título de antecipação, no período de 1° de Janeiro de 2018 a 31 de Dezembro de 2018, poderão ser compensados.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

Não poderão ser deduzidos os aumentos decorrentes de término de aprendizagem; espontâneo, por promoção, por merecimento e antiguidade, por transferência de cargo, de função, e/ou de estabelecimento ou de localidade, bem assim, de equiparação salarial determinada por sentença transitada em julgado.

### Gratificações, Adicionais, Auxílios e Outros

#### Auxílio Saúde

## CLÁUSULA QUINTA - PLANO ODONTOLÓGICO

Fica garantida a obrigatoriedade de cumprimento do Plano Odontológico pela empregadora para todos os empregados das Instituições Beneficentes, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais.

A partir do início da vigência desta CCT, fica estendido a todos os dependentes de nossos representados, o direito de uso deste benefício, ao mesmo custo pago pelo empregador, assumidos pelo empregado titular através de autorização para desconto em folha, o que não impede às Instituições empregadoras por liberalidade, em relação aos dependentes, assumir tais custos.

Os procedimentos cobertos tanto para empregados quanto dependentes seguem abaixo elencados:

<b>CIRURGIA</b>	<b>DENTÍSTICA</b>
PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO
Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	Restauração a traumática em dente decíduo
Alveoloplastia	Aplicação De Cariostático
Amputação Radicular Com Obturação Retrógrada	Faceta Direta Em Resina Fotopolimerizável
Amputação Radicular Sem Obturação Retrógrada	Restauração a traumática em dente permanente
ApicetomiaBirradiculares Com Obturação Retrógrada	Restauração De Amálgama - 1 Face
ApicetomiaBirradiculares	Restauração De Amálgama - 2 Faces

Sem Obturação Retrógrada	
ApicetomiaMultirradiculares Com Obturação Retrógrada	Restauração De Amálgama - 3 Faces
ApicetomiaMultirradiculares Sem Obturação Retrógrada	Restauração De Amálgama - 4 Faces
ApicetomiaUnirradiculares Com Obturação Retrógrada	Restauração Em Ionômero De Vidro - 1 Face
ApicetomiaUnirradiculares Sem Obturação Retrógrada	Restauração Em Ionômero De Vidro - 2 Faces
Aprofundamento/aumento de vestíbulo	Restauração Em Ionômero De Vidro - 3 Faces
Biópsia De Boca	Restauração Em Ionômero De Vidro - 4 Faces
Biópsia De Glândula Salivar	Restauração Em Resina Fotopolimerizável - 1 Face
Biópsia De Lábio	Restauração Em Resina Fotopolimerizável - 2 Faces
Biópsia De Língua	Restauração Em Resina Fotopolimerizável - 3 Faces
Biópsia De Mandíbula	Restauração Em Resina Fotopolimerizável - 4 Faces
Biópsia De Maxila	Restauração Temporária / Tratamento Expectante
Bridectomia	Dessensibilizaçãodontinária
Bridotomia	Núcleo De Preenchimento
Cirurgia odontológica a retalho	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Cirurgia Para Exostose Maxilar	<b>PROCEDIMENTO</b>
Cirurgia Para Torus Mandibular – Bilateral	Consulta Odontológica
Cirurgia Para Torus Mandibular – Unilateral	Consulta Odontológica Inicial
Cirurgia Para Torus Palatino	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria
Coleta De Raspado Em Lesões Ou Sítios Específicos Da Região Buco-Maxilo-Facial	Diagnóstico Anatomopatológico Em Citologia Esfoliativa Na Região Buco-Maxilo-Facial
Controle pós-operatório em odontologia	Diagnóstico Anatomopatológico Em Material De Biópsia Na Região Buco-Maxilo-Facial
Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Diagnóstico Anatomopatológico Em Peça Cirúrgica Na Região Buco-Maxilo-Facial
Exérese Ou Excisão De Cálculo Salivar	Diagnóstico Anatomopatológico Em Punção Na Região Buco-Maxilo-Facial
Exérese Ou Excisão De Cistos Odontológicos	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
Exérese Ou Excisão De Mucocele	Diagnostico e tratamento de estomatite por candidose
Exérese Ou Excisão De Rânula	Diagnóstico e tratamento de halitose
Exodontia A Retalho	Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	Diagnóstico por meio de enceramento
Exodontia De Raiz Residual	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais

Exodontia Simples De Permanente	Diagnóstico e tratamento de trismo
Frenulectomia Labial	Teste De Fluxo Salivar
Frenulectomia Lingual	Teste De PH Salivar
Frenulotomia Labial	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
Frenulotomia Lingual	<b>ENDODONTIA</b>
Odonto-Secção	PROCEDIMENTO
Punção Aspirativa Na Região Buco-Maxilo-Facial	Pulpotomia Em Dente Decíduo
Reconstrução De Sulco Gengivo-Labial	Tratamento Endodôntico Em Dente Decíduo
Redução Cruenta De Fratura Alvéolo Dentária	Capeamento Pulpar Direto
Redução Incruenta De Fratura Alvéolo Dentária	Curativo de demora em endodontia
Remoção De Dentes Inclusos / Impactados	Preparo Para Núcleo Intrarradicular
Remoção De Dentes Semi-Inclusos / Impactados	Pulpotomia
Remoção de dreno extra-oral	Remoção De Corpo Estranho Intracanal
Remoção de dreno intra-oral	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Remoção de odontoma	Remoção De Núcleo Intrarradicular
Tratamento Cirúrgico Das Fístulas Buco Nasal	Retratamento Endodôntico Birradicular
Tratamento Cirúrgico Das Fístulas Buco Sinusal	Retratamento Endodôntico Multirradicular
Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial	Retratamento Endodôntico Unirradicular
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Tratamento De Perfuração Endodôntica
Tratamento Cirúrgico De Hiperplasias De Tecidos Ósseos/Cartilaginosos Na Região Buco-Maxilo-Facial	Tratamento Endodôntico De Dente Com Rizogênese Incompleta
Tratamento Cirúrgico Dos Tumores Benignos De Tecidos Ósseos/Cartilaginosos Na Região Buco-Maxilo-Facial	Tratamento Endodôntico Birradicular
Tratamento Cirúrgico De Hiperplasias De Tecidos Moles Na Região Bmf	Tratamento Endodôntico Multirradicular
Tratamento Cirúrgico Para Tumores Odontogênicos Benignos – Sem Reconstrução	Tratamento Endodôntico Unirradicular
Ulectomia	<b>ODONTOPEDIATRIA</b>
Ulotomia	PROCEDIMENTO

Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário	Condicionamento Em Odontologia
Exodontia de incluso/impactado supra numerário	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Marsupialização de cistos odontológicos	Coroa De Acetato Em Dente Decíduo
Exodontia Simples De Decíduo	Coroa De Aço Em Dente Decíduo
Curetagem apical	Coroa De Policarbonato Em Dente Decíduo
Tratamento conservador de luxação da Articulação-Têmporo-Mandibular - ATM	Imobilização Dentária Em Dentes Decíduos
<b>PACIENTES ESPECIAIS</b>	<b>PRÓTESE</b>
<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	Coroa Provisória Com Pino
Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais	Coroa Provisória Sem Pino
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	Coroa Total Acrílica Prensada
<b>PERIODONTIA</b>	Coroa Total Em Cerômero (Dentes Anteriores)
<b>PROCEDIMENTO</b>	Coroa Total Metálica
Aumento De Coroa Clínica	Núcleo Metálico Fundido
Cirurgia Periodontal A Retalho	Pino Pré Fabricado
Cunha Proximal	Provisório para restauração metálica fundida
Enxerto gengival livre	Reembasamento De Coroa Provisória
Enxerto pediculado	Remoção De Trabalho Protético
Gengivectomia	Restauração Metálica Fundida
Gengivoplastia	Planejamento em prótese
Tunelização	Coroa De Acetato Em Dente Permanente
Dessensibilização Dentária	Coroa De Aço Em Dente Permanente
Imobilização Dentária Em Dentes Permanentes	Coroa De Policarbonato Em Dente Permanente
Raspagem Sub-Gengival/Alisamento Radicular	<b>RADIOLOGIA</b>
Raspagem Supra-Gengival	<b>PROCEDIMENTO</b>
Remoção Dos Fatores De Retenção Do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
Tratamento De Abscesso Periodontal Agudo	Radiografia Interproximal - Bite-Wing
Tratamento de gengivite	Radiografia Oclusal

necrosante aguda – GNA	
Tratamento de pericoronarite	Radiografia Panorâmica De Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
Manutenção periodontal	Radiografia Periapical
Ajuste Oclusal Por Acréscimo	Técnica de localização radiográfica
Ajuste Oclusal Por Desgaste Seletivo	<b>URGÊNCIA</b>
<b>PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>
<b>PROCEDIMENTO</b>	Consulta odontológica de urgência
Aplicação De Selante - Técnica Invasiva	Consulta odontológica de urgência 24 hs
Aplicação De Selante De Fóssulas E Fissuras	Controle De Hemorragia Com Aplicação De Agente Hemostático Em Região Buco-Maxilo-Facial
Aplicação Tópica De Flúor	Controle De Hemorragia Sem Aplicação De Agente Hemostático Em Região Buco-Maxilo-Facial
Aplicação tópica de verniz fluoretado	Incisão E Drenagem Extra-Oral De Abscesso, Hematoma E/Ou Flegmão Da Região Buco-Maxilo-Facial
Atividade Educativa Em Saúde Bucal	Incisão E Drenagem Intra-Oral De Abscesso, Hematoma E/Ou Flegmão Da Região Buco-Maxilo-Facial
Controle De Biofilme (Placa Bacteriana)	Redução Simples De Luxação De Articulação Têmporo-Mandibular (Atm)
Controle de cárie incipiente	Reimplante Dentário Com Contenção
Profilaxia: Polimento Coronário	Sutura De Ferida Em Região Buco-Maxilo-Facial
Remineralização	Tratamento De Alveolite
Adequação do meio bucal	Colagem De Fragmentos Dentários
Atividade educativa para pais e/ou educadores	Pulpectomia
	Curativo endodôntico em situação de urgência
	Recimentação De Trabalhos Protéticos
<b>*COBERTURAS ADICIONAIS*</b>	
<b>SERVIÇOS DE ASSISTENCIA NUTRICIONAL</b>	<b>ASSISTENCIA RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL</b>

I) O SINTIBREF-MG estabeleceu parceria com WinAdminitradora de Benefícios, que atende a todos os procedimentos acima elencados, com exceção das cidades em processo de implementação ou que estejam a mais de 100 km do pólo de atendimento da (s) clínica (s), conforme inciso II.

II) As Instituições localizadas nas cidades, onde estamos ainda implementando o atendimento por parte da operadora do plano odontológico ou que estejam a mais de 100km do pólo de atendimento, são desobrigadas do cumprimento desta cláusula, ate que chegue atendimento na cidade ou em um pólo de atendimento em ate 100Km de distancia. As cidades que não são pólos de atendimento, mas estão em distancia inferior a 100km das clínicas credenciadas continuam obrigadas do cumprimento desta cláusula. Os trabalhadores que estiverem nas cidades com distancia superior a 100km e desejam fazer uso do referido benefício, poderão fazê-lo e a instituição empregadora, neste caso, deverá cumprir a presente clausula. Após o imediato atendimento nas respectivas condições, as instituições prontamente serão comunicadas para que se cumpra o que está estabelecido nessa clausula; Para estes casos, poderá a instituição empregadora alternativamente, arcar com tal benefício para além da parceria mencionada.

III) A Instituição empregadora poderá optar por outro plano odontológico, que não o da parceria já mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados no citado **Rol de Procedimentos Cobertos** e ainda que não haja prejuízo econômico aos empregados. Este procedimento deve ser realizado anualmente, observado o parágrafo oitavo desta cláusula. O SINTIBREF-MG informará a aceitação via e-mail.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

I) A instituição empregadora deverá informar pelo e-mail: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br) a lista de todos os empregados beneficiados com o referido benefício, constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO COM CEP, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO e FUNÇÃO** por determinação da ANS – Agência Nacional de Saúde. A responsabilidade pelo envio das listagens com todos os dados completos dos empregados é da Instituição Empregadora. Havendo dados incompletos de um ou mais empregados, estes não serão incluídos na lista de utilização, e neste caso, a Instituição arcará com as penalidades por descumprimento da CCT. O formulário padrão está disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br), podendo também ser solicitada através do e-mail: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br). Caso a entidade não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o Sintibref-MG, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II) A Instituição empregadora deverá informar através do e-mail: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br) até o dia 25 (vigésimo quinto) de cada mês, os empregados admitidos e ou demitidos, lembrando que caso o dia padrão para envio seja finais de semana ou feriado o envio deve ser antecipado ou seja ultimo dia útil que antecede o dia 25, para inclusão e ou baixa do empregado no benefício. No caso da não informação dentro do prazo, não será possível efetuar alterações no boleto conseqüentemente nas notas fiscais.

III) A não informação por parte da Instituição empregadora dos empregados com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que a administradora receba a referida informação para exclusão do mesmo no **Plano Odontológico**.

IV) A não informação por parte da Instituição empregadora dos empregados admitidos dentro de cada mês, até o vigésimo quinto dia do referido mês, para inclusão e utilização do benefício, em caso de inadimplência ou de envio delistagem incompleta, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja, (R\$ 32,40 = R\$ 16,20 x 2) sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o plano odontológico ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V) O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do plano odontológico de cada um dos empregados, bem como de seus dependentes, para tanto, a instituição deverá **proceder ao pagamento de R\$ 16,20 (Dezesseis reais e vinte centavos)** por cada empregado no prazo e forma estabelecido abaixo, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 (vigésimo quinto) de cada mês.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

I) O custo do referido benefício para o empregador por empregado, será de **R\$ 16,20 (dezesseis reais e vinte centavos)** ao mês.

II) A Instituição deverá proceder este pagamento até o dia 10 do mês seguinte a inclusão do empregado na lista para exercício do benefício odontológico, através de boleto bancário com código de barras, enviado previamente através da Administradora responsável.

III) A administradora encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 25 (vigésimo quinto) do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3297-5353** ou e-mail: [cobranca1@winadm.com.br](mailto:cobranca1@winadm.com.br)

a) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 0,033% ao dia, imputável às Instituições.



## PARÁGRAFO QUARTO

No caso de empregados beneficiários afastados, após a inclusão no referido benefício, a instituição empregadora continuará responsável pelo pagamento da mensalidade dos mesmos, incentivando-os a realizar consultas preventivas ou tratamentos neste período.

## PARÁGRAFO QUINTO

I) Aos empregados que desejarem a inclusão de seus **dependentes** devem preencher ficha própria de adesão autorizando o desconto em folha de pagamento, juntamente com o empregador (responsável pela Instituição) que também deve assinar o termo de adesão. Após termo preenchido e assinado pelas partes, deve-se enviar cópia do termo a administradora, para o email: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br) sendo que o original deve permanecer na Instituição. As instituições ficam obrigadas a descontar tais valores do titular do plano, e, realizar o pagamento no boleto do plano odontológico, conforme previsto no Parágrafo Terceiro inciso II desta cláusula. A ficha e as regras para inclusão de dependentes podem ser solicitadas pelo e-mail: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br) telefone: (31) 3297-5353 ou site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br)

II) O prazo mínimo de permanência do dependente é de 12 meses a contar da assinatura do termo de adesão e havendo utilização do convênio, contar-se-á o prazo a partir da última consulta/procedimento realizado pelo usuário dependente.

III) Caso o titular do plano não esteja mais ligado à instituição empregadora, seus dependentes também serão excluídos em função da perda do vínculo e caberá a instituição o recolhimento do cartão do Plano odontológico dos dependentes do empregado titular.

## PARÁGRAFO SEXTO

O presente benefício odontológico aplica-se a todos empregados em toda 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, e etc.

## PARÁGRAFO SETIMO – INADIMPLÊNCIA

A inadimplência de qualquer boleto em atraso que seja igual ou superior a 30 (trinta) dias do vencimento, acarretará a suspensão de todos os beneficiários, empregados e Dependentes do Plano Odontológico. Caso recebamos listagem com a movimentação (inclusão e ou exclusão de empregados), estes não serão atualizadas caso a Instituição Empregadora esteja inadimplência. **Após a quitação de toda a pendência a instituição deverá enviar a lista atualizada para reinclusão.** Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário e deverá efetuar o ressarcimento em dobro a título de indenização dos meses em que o empregado não pode utilizar o plano odontológico, ou seja, a partir do 31º dia do boleto pendente. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## PARÁGRAFO OITAVO

As instituições que oferecem plano odontológico aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, **desde que comprovem a permanência do benefício contratado.** Para análise das condições do plano odontológico oferecido, a entidade deve enviar a administradora, pelo email: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br) 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 e a lista dos empregados beneficiários, especificar qual percentual ou custo pago pelas partes (empregado e empregador), e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

## PARÁGRAFO NONO

A Instituição Empregadora deverá preencher Termo de Adesão disponível no site da Administradora ou solicite-o pelo email: [odonto@winadm.com.br](mailto:odonto@winadm.com.br). O preenchimento e entrega são obrigatórios devido à natureza do contrato coletivo e por determinação da Agência Reguladora.

## PARÁGRAFO DECIMO – ASSISTÊNCIAS

Fica garantido a todos os beneficiários adimplentes, acesso aos **SERVIÇOS de Assistência Nutricional e Assistência Recolocação Profissional**. A provedora contratada pela operadora de planos odontológicos para prestação destes serviços é a **MONDIAL S/A**. Para consultar as regras de utilização entrar em contato com a administradora: (31) 3297-5353 ou através do site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br).

## Seguro de Vida

### CLÁUSULA SEXTA - SEGURO DE VIDA EM GRUPO

As Instituições continuarão a cumprir o Seguro de Vida em Grupo, conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho 2002/2003, devidamente registrada e arquivada junto a SRTE/MG sob o n.º 1135 em 03 de Dezembro de 2002. Todos os empregados das INSTITUIÇÕES BENEFICENTES, RELIGIOSAS E FILANTRÓPICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS deverão estar segurados após o envio por parte da Instituição ao SINTIBREF/MG através do email: [seguros@sintibref-minas.org.br](mailto:seguros@sintibref-minas.org.br) as seguintes informações sobre todos os empregados: **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO COM CEP, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO** e conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) podendo também ser solicitada através do e-mail: [seguros@sintibref-minas.org.br](mailto:seguros@sintibref-minas.org.br) Estas informações serão o suficiente também para garantir aos seus dependentes legais, o direito ao benefício quando for o caso. O referido seguro tem as seguintes importâncias seguradas:

SEGURO DE VIDA EM GRUPO			
	TITULAR	CÔNJUGE	FILHOS
MORTE	16.000,00	4.800,00	3.200,00
MORTE ACIDENTAL	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ATÉ	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE ATÉ	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	16.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR ATÉ	3.000,00	3.000,00	3.000,00
INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS	10.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
4 SORTEIOS MENSAIS	500,00	NÃO TEM	NÃO TEM
ADAPTAÇÃO DE VEÍCULO/RESIDENCIA EM CASO DE IPA ATÉ	2.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
KIT BEBÊ PARA NASCIMENTO DO FILHO(A) *	450,00	NÃO TEM	NÃO TEM
CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE DO TITULAR*	450,00	NÃO TEM	NÃO TEM
REDE DE DESCONTO NACIONAL*	SIM	NÃO TEM	NÃO TEM

**Atenção:** Quando ocorrer uma MORTE ACIDENTAL os valores das coberturas: Morte e Indenização especial por morte acidental se acumulam.

### **SORTEIO:**

Todos os empregados segurados ativos concorrerão a 4 sorteios **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**, em 4 (quatro) vezes ao mês, aos sábados (no mês que tiver 05 sábados, o sorteio acontecerá a partir do segundo), através da Loteria Federal, pelo número constante no certificado individual do seguro de vida e/ou acidentes pessoais expedido pela seguradora. Este benefício é válido somente para os beneficiários ativos e adimplentes. Caso o sorteado esteja na condição de inadimplência e/ou inativo, o prêmio será garantido pela instituição empregadora que descumpriu a presente cláusula.

### **AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR:**

Extensiva aos filhos de até 21 anos ou até 24 anos comprovadamente na condição de estudante universitário. O serviço ofertado é de assistência, portanto, o serviço deve ser acionado através da central – **0800 6385433 (Demais cidades do Estado) ou 3003-5433 (Capital)**, solicite apresentando o CPF do titular e para sua segurança anote o número do protocolo de atendimento. Caso a opção seja reembolso das despesas, o valor comprovado será descontado da cobertura de morte.

### **ADAPTAÇÃO DE CASA/VEICULO:**

Garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

### **FILHOS - INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS:**

Garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional**. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

### **BENEFÍCIOS SOCIAIS:**

**CESTA BÁSICA:** Direito a 3 (três) cestas básicas no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), cada, durante três meses após comprovação do sinistro. Somente em caso de morte do segurado (titular) o cônjuge ou herdeiros receberão o benefício, desde que informados até 3 meses após a data de sinistro pelo e-mail: [sinistro@seguroswin.com.br](mailto:sinistro@seguroswin.com.br). A cesta pode ser substituída por um vale cartão de mesmo valor.

### **KIT NATALIDADE:**

1 (um) kit no valor de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais), para os nascidos da empregada titular, desde que informados pelo e-mail: [sinistro@seguroswin.com.br](mailto:sinistro@seguroswin.com.br) até 3 meses após o nascimento.

Os benefícios adicionais listados acima são de responsabilidade do estipulante da apólice, e serão entregues pelo departamento social do Sindicato.

### **DESCONTO NACIONAL:**

Todos os segurados ativos e adimplentes terão direito a rede nacional de descontos, através de plataforma online personalizada, que oferece descontos em parceiros locais e e-commerce, em diversos produtos e serviços do mercado em geral. Para usufruir da rede o empregado deve acessar o site – [www.cartaomasterclin.com.br](http://www.cartaomasterclin.com.br) e completar o cadastro conforme carteirinha virtual enviada pela administradora.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

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 em atraso com qualquer boleto por mais de 30 dias, com isso terão seus empregados excluídos da apólice. 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), junto ao SINTIBREF-MG. As informações dos empregados admitidos e ou demitidos deverão ser informadas até o dia 25 de cada mês (caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25) para emissão e ou baixa do Certificado Individual do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais. Lembre-se que, essas informações precisam ser atualizadas junto à seguradora para não prejudicar a indenização em caso de sinistro. **A entidade não está isenta de nos enviar as admissões e ou demissões caso tenha feito a homologação no SINTIBREF ou caso tenha informado ao departamento de sinistro.**

## PARÁGRAFO SEGUNDO

A não informação por parte da Instituição empregadora dos empregados admitidos dentro de cada mês, até o vigésimo quinto dia de cada mês, para inclusão e utilização no referido benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, **R\$ 17,32 (dezesete reais e trinta e dois centavos)**, ou seja, sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

A Seguradora determina que os empregados aposentados por invalidez e ou afastados por doença não podem ser incluídos no seguro; **caso os afastados por doença já estejam segurados os mesmos não poderão ser excluídos da lista mensal, continuando segurados normalmente.** Os empregados que tem idade superior a 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos no seguro por força das condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no seguro permanecerão segurados, independente da idade. No caso dos afastados por doença, após a inclusão, a instituição ficará responsável pelo pagamento integral das mensalidades dos mesmos, no período em que estiverem afastados por doença; ao retornarem ao trabalho, terão descontados em seus salários os valores pagos pela entidade empregadora. Caso o empregado tenha trabalhado na instituição no mínimo um dia, deverá ser descontado o seguro de vida dele e ficará seguro até o último dia do mês do desconto, sendo assim o nome dele constará no boleto de vigência referente ao mês seguro.

## PARÁGRAFO QUARTO

As Instituições se comprometem a arcar com o custo de no mínimo R\$ 4,33 (quatro reais e trinta e três centavos) para cada um dos seus empregados mensalmente. Os empregados arcarão com o custo máximo de R\$ 4,33 (quatro reais e trinta e três centavos) cada, mensalmente.

## PARÁGRAFO QUINTO

Para garantia das coberturas contratadas por intermédio desta negociação coletiva, a Instituição deverá proceder ao pagamento, dos **R\$ 8,66 (oito reais e sessenta e seis centavos)** por cada empregado, através de boleto bancário enviado **mensalmente e/ou trimestralmente via e-mail**, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 de cada mês. Caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25. Caso a instituição empregadora não receba os boletos até 5 dias antes do vencimento solicite-os através do telefone: [\(31\) 3442-1300](tel:3134421300) ou e-mail: [cobranca2@sintibref-minas.org.br](mailto:cobranca2@sintibref-minas.org.br)

## PARÁGRAFO SEXTO

As Instituições Empregadoras que possuem até 3 (três) empregados, devem pagar os boletos do seguro de vida em grupo trimestralmente. A partir do vencimento 10/04/2019, o pagamento passará a ser antecipado, ou seja, será cobrado neste vencimento as vigências de janeiro a março e de abril a junho. A partir do vencimento 10/07/2019 será cobrando as vigências de julho a setembro e assim por diante.

## PARAGRAFO SÉTIMO

Os benefícios desta cláusula, em nenhuma hipótese poderão ser inferiores às garantias acima estipuladas.

## PARÁGRAFO OITAVO

O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre o valor principal descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

## PARÁGRAFO NONO

Para ter direito aos serviços oferecidos na cobertura de Assistência Funeral ligue antes de qualquer providencia para **0800 6385433 (Demais cidades do Estado) ou 3003-5433 (Capital)**, solicite apresentando o CPF do titular e para sua segurança anote o número do protocolo de atendimento-Cabe ao beneficiário acionar pelo telefone 0800 6385433 a assistência, no momento do sinistro, para que haja cobertura integral prevista em CCT. No entanto, quando não observado o procedimento para acionar a assistência funeral, o reembolso das despesas será efetuado pela seguradora, que deduzirá o valor gasto, devidamente comprovado por nota fiscal, da cobertura por morte.

## PARÁGRAFO DÉCIMO

Cada segurado receberá um Certificado Individual do Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais expedido pela seguradora em até **60 dias do envio da listagem pela instituição empregadora**, caso não tenha recebido favor nos requisitar via e-mail [seguros@sintibref-minas.org.br](mailto:seguros@sintibref-minas.org.br).

## PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

A seguradora determina que os empregados não podem ser incluídos duas vezes na mesma apólice, ou seja, duas vezes no mesmo seguro de vida em grupo, caso o empregado trabalhe em duas instituições que nós representamos. Caso aconteça um sinistro de morte (natural ou acidental) do empregado, e o seu cônjuge trabalhe na mesma entidade ou em alguma outra entidade que o Sintibref-MG representa, a seguradora não irá efetuar o pagamento de duas indenizações; a seguradora irá pagar apenas um benefício, ou seja, de morte do titular. Favor entrar em contato com o SINTIBREF-MG, pois só assim saberemos desta situação e tomaremos as devidas providências antes de qualquer fatalidade.

## PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

É necessário que o empregador, através da sua área própria (departamento de pessoal), tenha em seus arquivos o "formulário apropriado para designações dos beneficiários", ou seja, o Termo de Nomeação e/ou Alteração de Beneficiários; termo que foi enviado juntamente com o seu certificado individual. O mesmo deverá estar totalmente preenchido, assinado pelo segurado e arquivado na instituição. Quando houver algum sinistro este documento deverá acompanhar o restante das documentações para a liquidação do Seguro de Vida em Grupo.

## PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

O presente Seguro de Vida 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 e etc.

## PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO - INADIMPLÊNCIA

A inadimplência de qualquer boleto em atraso igual ou superior a **30 dias do vencimento original** acarretará a suspensão de todos os segurados, cônjuges e herdeiros. Caso recebamos listagem com a movimentação (inclusão e ou exclusão de empregados), estes não serão atualizadas caso a Instituição Empregadora esteja inadimplência. **Após a quitação de toda a pendência a instituição deverá enviar a lista atualizada para reinclusão.** Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário e deverá efetuar o ressarcimento em dobro dos meses em que o empregado não esteve segurado, a título de indenização. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, e ainda, o título poderá ser protestado, por descumprimento desta, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## **PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO**

Caso a Instituição Empregadora efetue o desconto mensal do empregado não incluído em lista de atualização (inclusão/exclusão), implicará em responsabilidade civil por parte do Empregador. Para garantia do Seguro de Vida é necessário o cumprimento por parte da Instituição Empregadora (envio da listagem nos prazos estipulados e os pagamentos conforme cláusulas do seguro de vida).

## **PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO**

Cada Instituição Empregadora, nos termos do artigo 545 da CLT, deverá possuir adesão formal do empregado para o desconto da mensalidade do referido Seguro de Vida em Grupo.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO**

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, a Instituição deverá custear integralmente o referido benefício.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO OITAVO**

Em caso de sinistro, para análise e deferimento da indenização segurada é necessário o envio da documentação obrigatória constante no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) ou solicite-a por email: [sinistro@seguroswin.com.br](mailto:sinistro@seguroswin.com.br)

Após estar munido de toda a documentação favor enviar ao Sindicato para que possamos dar continuidade ao processo junto a seguradora.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO NONO**

A entidade empregadora, por liberalidade, poderá incluir seus voluntários no benefício Seguro de Vida, estando ciente que, quando houver sinistro, deverão comprovar o vínculo de voluntariado, sob pena de ser responsabilizada pelo valor integral da indenização garantida nesta cláusula.

## **PARÁGRAFO VIGÉSIMO**

Caso a entidade fique inadimplente e tenha algum empregado segurado com idade igual ou superior a 71 anos e/ou que esteja afastado, o mesmo não poderá ser re-incluído no seguro de vida, mesmo que a instituição regularize suas pendências. **Os demais empregados não afastados serão re-incluídos após o envio da listagem completa; lembrando que, caso ocorra algum sinistro, a responsabilidade pela indenização do empregado afastado será da Instituição Empregadora.**

## **PARÁGRAFO VIGÉSIMO PRIMEIRO**

O empregado que receber o pagamento da Invalidez permanente total por doença, não fará jus ao pagamento da assistência funeral, após o recebimento dessa indenização ele será excluído da apólice, conforme normativa da seguradora.

## **PARÁGRAFO VIGÉSIMO SEGUNDO**

As instituições que oferecem seguro de vida aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, desde que comprovem que as coberturas e vantagens contratadas não sejam inferiores e/ ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, bem como a parte do trabalhador não seja maior do que o valor aqui estabelecido, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício contratado. Para análise das condições do seguro de vida oferecido, a entidade deve enviar a administradora, pelo email: [seguros@sintibref-minas.org.br](mailto:seguros@sintibref-minas.org.br) cópia do contrato ou proposta com o prestador, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e a lista dos empregados beneficiários, especificar qual percentual ou custo pago pelas partes (empregado e empregador), e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

## **PARÁGRAFO VIGÉSIMO TERCEIRO**

Caso o segurado ou beneficiário não proceda à abertura no sinistro no prazo prescricional previsto no artigo 206 do Código Civil, prescreverá seu direito de fazê-lo.

## Outros Auxílios

### CLÁUSULA SÉTIMA - BEM ESTAR SOCIAL

As partes acordam que a partir de 01 de fevereiro de 2019, fica garantido aos empregados e Instituições o benefício "Bem Estar Social", que visa garantir melhores condições à categoria, concedendo vantagens e segurança aos trabalhadores e empregadores, devendo ser cumprida pelas Instituições Empregadoras as seguintes condições:

BENEFÍCIOS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	MOTIVO
BENEFÍCIO CASAMENTO	R\$900,00	1	Em caso de casamento do titular
BENEFÍCIO CRECHE	R\$300,00	3	Matrícula do filho(a) do titular em creche
BENEFÍCIO ALIMENTAR AFASTAMENTO POR	R\$500,00	2	Afastamento por doença do titular
BENEFÍCIO INVENTÁRIO PRÉ	R\$1.000,00	1	Em caso de morte do titular

### PARÁGRAFO PRIMEIRO – DAS GARANTIAS

BENEFÍCIOS PARA OS EMPREGADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	MOTIVO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	R\$2.000,00	1	Em caso de morte do titular
REEMBOLSO DE LICENÇA MATERNIDADE	R\$600,00	4	Licença da titular
REEMBOLSO DE LICENÇA PATERNIDADE	R\$450,00	1	Licença do titular
REEMBOLSO POR AFASTAMENTO	R\$1.500,00	1	Afastamento do titular

### PARÁGRAFO SEGUNDO – REGRAS DE UTILIZAÇÃO

I) Para inclusão no benefício, deverá ser enviado email para: [bemestarsocial@sintibref-minas.org.br](mailto:bemestarsocial@sintibref-minas.org.br), com os seguintes dados: nome completo, CPF, data de nascimento e nome da mãe.

II) A primeira listagem deverá ser encaminhada até o dia 25 de cada mês, bem como as demais. Caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25. Caso a instituição empregadora não receba os boletos até 5 dias antes do vencimento solicite-os através do telefone: [\(31\) 3442-1300](tel:3134421300) ou e-mail: [cobranca2@sintibref-minas.org.br](mailto:cobranca2@sintibref-minas.org.br).

III) As Instituições se comprometem a arcar com o custo de **R\$ 12,00 (doze reais)** por cada empregado

incluído.

IV) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre o valor principal descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V) A Instituição deverá proceder o primeiro pagamento até o dia 10 de fevereiro de 2019, e os demais pagamentos até o dia 10 do mês seguinte a inclusão do empregado na lista para exercício do benefício, através de boleto bancário, enviado previamente através da Administradora responsável.

VI) O prazo para informar e requerer os benefícios é de até 6 meses após o evento ocorrido, conforme coluna de 'Motivo' da tabela acima, somente através do email: [ocorrencias@sintibref-minas.org.br](mailto:ocorrencias@sintibref-minas.org.br).

VII) A não informação por parte da Instituição empregadora dos empregados com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que a administradora receba a referida informação para exclusão do mesmo.

VIII) O 'Manual de Orientações e Regras' que estabelece os critérios para utilização dos benefícios desta cláusula será encaminhado via e-mail para todas as Instituições empregadoras e a todos os empregados que solicitarem. As partes acordam que quaisquer alterações no 'Manual de Orientações e Regras' para exercício deste benefício, poderão ocorrer somente na próxima negociação da Convenção Coletiva de Trabalho.

### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Em caso de prejuízo ao empregado por inadimplência e/ou descumprimento pelo Empregador, a Instituição empregadora configura-se como inteiramente responsável pelo pagamento das garantias estabelecidas nesta cláusula, quando da ocorrência dos eventos.

### **PARÁGRAFO QUARTO**

A inadimplência de qualquer boleto em atraso igual ou superior a 20 dias do vencimento original acarretará a suspensão de todos os empregados. Caso recebamos listagem com a movimentação (inclusão e ou exclusão de empregados), estes não serão atualizadas caso a Instituição Empregadora esteja inadimplência. Após a quitação de toda a pendência a instituição deverá enviar a lista atualizada para reinclusão. Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário e deverá efetuar o ressarcimento em dobro dos meses em que o empregado não esteve segurado, a título de indenização. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, e ainda, o título poderá ser protestado, por descumprimento desta, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

### **CLÁUSULA OITAVA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR - PAF BH (BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM**

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF BH (BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembleia de 2012 e ratificada pela assembleia 2018 para a CCT de 2019. Este benefício é extensivo a família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

#### **BELO HORIZONTE / BETIM / CONTAGEM**

O Sintibref-MG, através da FENATIBREF que possui parceria com o "Cartão de Todos", disponibilizará aos trabalhadores da categoria o Programa de Assistência Familiar – PAF em Belo Horizonte, Betim e Contagem, o



que se segue:

I) Consultas médicas ao trabalhador, sem limitação de número de consultas ou especialidades na seguinte cobertura: Angiologista, Alergista, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologista, Endocrinologista, Fonoaudiologista, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutricionista, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrino, Pediatria, Podologia, Proctologista, Psicologia, Psiquiatria, Urologia, Geriatria, Pneumologia, além de descontos em exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes. Consulte disponibilidade da especialidade, conforme local de atendimento.

II) Não haverá nenhuma contribuição adicional em valores para as consultas médicas das especialidades atendidas em todo o estado de Minas Gerais, desde que agendadas pelo **DISQUE CONSULTA**.

III) As consultas devem ser previamente agendadas junto ao **DISQUE CONSULTA** através do número: 3504-1121, de segunda a sexta-feira, no horário de 08:30hs às 17:30hs. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento deve-se informar em até 24 horas de antecedência a ausência, e caso não o faça, será considerado ausência injustificada do empregado. Havendo reincidência de ausência injustificada o empregado deverá pagar através de um boleto bancário emitido pelo Sintibref-MG o valor entre R\$20,00 á R\$28,00 correspondente à consulta agendada e faltosa, por meio de um e-mail enviado ao setor de [associadopaf@sintibref-minas.org.br](mailto:associadopaf@sintibref-minas.org.br). Até que haja o devido pagamento o empregado representado e/ou seus dependentes ficará impedido de consultar, após o pagamento o referido boleto e comprovante deverá ser enviado ao mesmo e-mail a qual foi solicitado, para que a liberação seja feita. O Sintibref-MG gerará em nome da Instituição Empregadora boleto específico a título de penalidade por consulta médica agendada e não realizada a favor do empregado.

IV) É garantido a todo trabalhador da categoria as especialidades previstas nesta Convenção para todo o Estado de Minas Gerais, mas nem toda clínica credenciada necessariamente terá todas as especialidades conjuntamente.

V) Os atendimentos serão realizados nas clínicas conveniadas ao Cartão de Todos, disponíveis em BH, Betim e Contagem, e ainda em todo Estado de Minas Gerais, conforme divulgação no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) ou telefone 3504-1121.

VI) Os exames laboratoriais e procedimentos prescritos poderão ser feitos nos laboratórios e Clínicas Conveniadas com descontos variados, conforme tabela da própria clínica, que serão apresentados no ato da consulta, a serem pagos diretamente ao laboratório ou clínica escolhida para atendimento.

VII) Os trabalhadores da categoria poderão usufruir dos descontos em educação e lazer disponíveis na rede credenciada do Cartão de Todos. Consulte-a pelo site [www.cartaodetodos.com.br](http://www.cartaodetodos.com.br) ou através da Central de Atendimento 0800 283 8916.

VIII) As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante a vigência desta CCT.

IX) Os trabalhadores da categoria que já usufruírem do Cartão de Todos por meio de contrato pela pessoa física, deverá, para utilização do PAF-BH, cancelar seu contrato individual e regularizar eventuais pendências, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta cláusula.

X) 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 formulário deve ficar na pasta do empregado), por depósito em conta bancária ou cheque, em até 60 dias após entrega da documentação completa e já deferida, quando da ocorrência de sinistro, mediante preenchimento do aviso de sinistro e entrega da documentação comprobatória, na sede do SINTIBREF ou por correio, conforme relação de documentos disponível em nosso site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) e por telefone (31) 3423-8686.

XI) Os empregados com idade superior a 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos no seguro de assistência funeral por morte natural ou acidental, por força de condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no PAF permanecerão segurados, independente da idade. Os empregados com idade superior poderão nomear em termo próprio um de seus dependentes incluídos no “Cartão de Todos” para, em seu lugar, tornar-se segurado da Assistência Funeral e neste caso, quando houver

o sinistro, o prêmio garantido por morte natural e acidental, será repassado ao titular do Cartão de Todos, ou seja, o empregado da categoria.

XII) 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), junto ao SINTIBREF-MG.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

I. A instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: [associadopaf@sintibref-minas.org.br](mailto:associadopaf@sintibref-minas.org.br) a lista de todos os trabalhadores constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO**, conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Caso a Instituição não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o SINTIBREF-MG, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II. A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [associadopaf@sintibref-minas.org.br](mailto:associadopaf@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e ou demitidos, para inclusão e ou exclusão do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o ultimo dia útil que antecede o dia 15.

III. A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do mesmo no benefício.

IV. A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores admitidos dentro de cada mês, até o dia quinze do referido mês, para inclusão e utilização no benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja, **(R\$ 79,00 = R\$ 39,50 x 2 – conforme o caso)**, sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, em boleto próprio, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V. O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do benefício de cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** por cada empregado, no prazo e forma estabelecidos nos parágrafos abaixo, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês.

VI. A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VII. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada.

VIII. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido a atualização e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseja.

IX. Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta**

centavos) por trabalhador.

### PARÁGRAFO TERCEIRO

I. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos) por empregado**, em boletos mensais, que serão enviados até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

1. II. O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: **arrecadacao@sintibref-minas.org.br**.
2. III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**.
3. IV. O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre o valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.
4. V. Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos empregados, a Instituição Empregadora deverá necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente a** inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.
5. VI. O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos**.
6. VII. Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

### PARÁGRAFO QUARTO

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes, conforme critérios e modalidades de sindicalização oferecidas pelo Sintibref-MG conforme termo de adesão e as disposições da cláusula “Desconto de Mensalidades” prevista nesta CCT.

### PARÁGRAFO QUINTO

**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 mesmos, 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 das condições de trabalho.

### PARÁGRAFO SEXTO

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) 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 e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

## **PARÁGRAFO SÉTIMO**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula.

## **PARÁGRAFO OITAVA**

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, e etc.

## **PARÁGRAFO NONA**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição é responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## **PARÁGRAFO DÉCIMA**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores de Belo Horizonte, Contagem e Betim, convenionados coletivamente por (Instrumento normativo - CCT) o Sintibref-MG possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

## **CLÁUSULA NONA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF JUIZ DE FORA**

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF JUIZ DE FORA a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembleia de 2012 e ratificada pela assembleia 2018 para a CCT de 2019. Este benefício é extensivo a toda família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

### **PAF JUIZ DE FORA**

O Sintibref-MG, através da FENATIBREF, que possui parceria com o Sistema de Ajuda Mútua ao Trabalhador e Aposentado - **SAMTA** disponibilizará aos trabalhadores de nossa categoria e seus dependentes em Juiz de Fora, o que se segue:

l) Cobertura de atendimentos médicos e exames aos trabalhadores da categoria, desde que optem em ser beneficiários, conforme abaixo:

a) Os trabalhadores serão atendidos sem custo adicional nos consultórios dos médicos credenciados ao SAMTA, de acordo com as seguintes normas:

i) Sem nenhum custo adicional do trabalhador, portanto integralmente cobertos pelo SAMTA, as seguintes especialidades de consulta: Alergologia, angiologia, cardiologia, cardiologia pediátrica, cirurgia bucomaxilo-facial, cirurgia vascular, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia do tórax, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia pediátrica, gastroenterologia pediatra, geriatria, ginecologia/obstetrícia, hematologia, homeopatia, infectologia pediátrica, mastologia, médico da família, nefrologia, nefrologia pediátrica, neurologia, neuropediatria, oftalmologia, ortopedia/traumatologia,

otorrinolaringologia, pneumologia, pneumologia pediátrica, pediatria, proctologia, psiquiatria, reumatologia, urologia.

ii) Sem custo adicional do trabalhador nos exames laboratoriais, portanto cobertos integralmente pelo SAMTA, conforme os seguintes exames e condições: Hemograma, glicose, uréia, triglicérides, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, fezes parasitológicas, urina EAS, urina PHQ, piúria, hematuria, proteínas, hemossedimentação VHS, lípidos totais, magnésio, mucoproteína, plaquetas, fósforo, cloreto, colesterol total e cálcio, desde que realizados um a cada três meses e nos laboratórios indicados pelo convênio. Os exames "RX simples" Crânio pa/perfil, crânio pa/perfil/Breton, mastóides/rochedos bilat, órbitas pa/lat/hirtz, seios da face f.n./m.n./lateral, maxilar inferior pa/obliq, articulação temporo mandibular, cavum lateral/hirtz, coluna cervical ap/perfil, coluna cervical ap/perfil/obliquas, coluna dorsal ap/perfil, coluna sacro-coccix, tórax pa/perfil, tórax apicorodotica, tórax pa, externo, articulação externo-clavicular, punho 2 inc, mão quirodáctilo, pé 2 Inc e Joelho Ap Perfil e axila de Rotula 3 Inc, desde que realizado um a cada seis meses na Clínica Cem. As Ultra-sonografias do abdome superior, retroperitoneo, obstetrícia, tórax, próstata (abdominal) e globo ocular, desde que realizados um a cada três meses nas clínicas indicadas pelo convênio. O exame preventivo, desde que realizado um a cada seis meses nos laboratórios indicados pelo convênio. Os exames fora do rol elencado acima e os exames que excederem o lapso temporal previsto, poderão ser realizados com descontos de 5 a 50 %, pagos diretamente no SAMTA ou nas clínicas e Laboratórios credenciados.

iii) Os trabalhadores da categoria serão atendidos para os exames laboratoriais nas clínicas e laboratórios a seguir: Ultrimagem, Masp, Cindi e Cardioimagem, Perfil, Lawal, Carlos Chagas, Athos, Hemobrás e G. Mostaro.

iv) Os trabalhadores da categoria poderão exercer os **atendimentos de urgência (somente consulta)**, isentos de custo adicional, nos Hospitais e/ou clínicas conveniados ao SAMTA, desde que respeitem as especialidades, serviços e horários de cada hospital credenciado. São eles: Casa de Saude HTO (somente consulta) Clínico Geral, de segunda a segunda-feira de 00:00hs as 07:00hs e aos feriados, 24h; Clínica Cem - Clínico Geral, de segunda a sexta-feira de 07:00hs as 00:00hs e aos sábados, domingos e feriados de 08:00hs às 18:00hs."

v) As marcações serão feitas diretamente com os consultórios e clínicas conveniadas ao SAMTA que estejam disponíveis no guia de atendimento do usuário. Após marcação, para efetivação da consulta, o trabalhador deve retirar guia de utilização no SAMTA e apresentá-la no consultório ou clínica escolhida para atendimento.

vi) A rede credenciada de Hospitais de urgência, Clínicas, Consultórios médicos e Laboratórios podem sofrer alterações dentro da vigência desta CCT.

vii) As consultas médicas serão limitadas a 2 (duas) consultas mensais por vida e 2 (dois) retornos desde que realizados dentro de 15 dias, a partir da data da consulta, com hora marcada no consultório médico. Será cobrado pelas consultas excedentes, conforme acima, o valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) a ser pago pelos próprios trabalhadores e seus dependentes diretamente no SAMTA ou na Clínica Credenciada, com exceção das consultas excedentes de urologia e mastologia tendo estas o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais).

viii) Os procedimentos de emergência (medicações, soros, etc) em hospitais específicos credenciados ao SAMTA, devem ser pagos diretamente aos mesmos.

ix) As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante da vigência desta CCT.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

I. A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [associadosamta@sintibref-minas.org.br](mailto:associadosamta@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores demitidos, para atualização e/ou baixa do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o ultimo dia útil que antecede o dia 15.

II. A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores ao SAMTA, com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês, até o dia 15 (quinze) de cada mês, obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do mesmo no plano de assistência medica. A homologação feita na entidade sindical não retira a obrigatoriedade de informação.

III. A falta de pagamento por parte da Instituição empregadora referente aos trabalhadores, dentro

de cada mês, obriga a empregadora a reverter o valor do benefício, em dobro, ou seja, **(R\$ 124,00 = R\$ 39,50 parte patronal + 22,50 parte empregado = R\$ 62,00 x 2)** sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

IV. O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do benefício de cada um dos trabalhadores para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 62,00 (sessenta e dois reais)**, por cada empregado, no prazo e forma estabelecidos nos parágrafos abaixo, desde que a instituição atualize a lista de exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês.

V. A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VI. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada.

VII. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido a atualização e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseja.

VIII. Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador, além da entrega de toda documentação necessária para inclusão.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

Cada trabalhador que optar por ser beneficiário contribuirá, via desconto em folha de pagamento, com valor mensal de **R\$ 22,50 (vinte e dois reais e cinquenta centavos)**.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** por trabalhador beneficiário.

## PARÁGRAFO QUARTO

I. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores da parte patronal e do trabalhador **R\$ 62,00 (sessenta e dois reais)**, em boletos mensais, que serão enviados separadamente pelo SINTIBREF-MG (**parte patronal = R\$ 39,50 e parte do trabalhador R\$ 22,50**), até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

II. O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 (quinze) do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686 / 3586-6553** ou e-mail: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br).

III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** – parte patronal. O boleto referente à parte empregado será o resultado do número de empregados que aderiram ao benefício vezes o valor de **R\$22,50 (vinte e dois reais e cinquenta centavos) – parte empregado**.

IV. O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre os valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V. Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores da Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente** a inclusão do trabalhador na lista,

para exercício do benefício.

VI. O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos.**

VII. Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes, conforme critérios e modalidades de sindicalização oferecidas pelo Sintibref-MG, conforme termo de adesão e as disposições da cláusula “Desconto de Mensalidades” prevista nesta CCT.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

**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 mesmos, 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.

I. Após o retorno do trabalhador afastado/aposentado por invalidez, poderá a entidade descontar os valores pagos ao Sintibref-Mg, referente à parte descontada do empregado, desde que parcelado, sendo que o valor de cada parcela não deve exceder o dobro do valor do benefício pago pelo empregado (R\$ 41,00), ou seja, até dois meses por parcela.

#### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) 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 e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

#### **PARÁGRAFO OITAVO**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula, quando da adesão do empregado.

#### **PARÁGRAFO NONO**

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, e etc.

#### **PARÁGRAFO DÉCIMO**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Fica advertido que a instituição que proceder com os descontos da mensalidade e não fizer o devido repasse ao SINTIBREF-MG, estarão sujeitas às penalidades legais e cabíveis, além de arcar com as penalidades constantes nesta CCT. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores da categoria beneficiários do SAMTA, convenionados coletivamente por (Instrumento CCT) o Sintibref-Mg possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados nesta CCT, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

## **CLÁUSULA DÉCIMA - PAF PROBEN - CARTÃO DE BENEFÍCIOS SINTIBREF-MG**

**Aos trabalhadores da categoria em Juiz de Fora que não optarem pelo SAMTA e aos demais empregados localizados nas regiões até então não abrangidas pelo PAF-MG,** fica garantido o direito a utilizar o “Cartão de Benefícios SINTIBREF-MG - PROBEN”, sendo obrigatório, conforme o que se segue:

I) O trabalhador representado terá direito à consultas médicas em qualquer das especialidades cobertas: Cardiologia, clínica geral, ginecologia, neurologia, pediatria e ortopedia.

II) Os trabalhadores da categoria serão atendidos nas clínicas médicas indicadas pelo SINTIBREF-MG, em até 1 (uma) consulta por mês, devendo retirar na Regional Zona da Mata, guia de autorização para atendimento da especialidade pretendida.

III) Na guia de autorização constará o local, dia e horário que será realizada consulta, e demais informações complementares necessárias.

IV) Os exames laboratoriais, de imagem e procedimentos prescritos poderão ser feitos nos laboratórios e Clínicas indicadas com descontos variados, conforme tabela da própria clínica, que serão apresentados no ato da retirada da guia de autorização, a serem pagos diretamente ao laboratório ou clínica indicada para atendimento.

V) As consultas devem ser previamente agendadas conforme guia de autorização expedida pelo SINTIBREF-MG. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento deve-se informar em até 24 horas de antecedência a ausência, e caso não o faça, será considerado ausência injustificada do empregado, sendo que o empregado faltante perderá o direito a consultar neste mês. Havendo reincidência, o empregado deverá pagar através de desconto em folha de pagamento, o valor correspondente à R\$ 50,00 (cinquenta reais), por meio de formulário devidamente preenchido e assinado na Regional Zona da Mata, que será entregue, pelo SINTIBREF-MG, ao RH da Instituição Empregadora. Até que haja o devido pagamento, o empregado representado ficará impedido de consultar. O SINTIBREF-MG gerará em favor da Instituição empregadora, boleto específico para repasse do valor descontado do empregado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao desconto, a título de penalidade por consulta médica agendada e não realizada.

VI) O empregado representado se houver necessidade, poderá realizar mais de uma consulta por mês, desde que com a consulta realizada, no valor correspondente à R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta, através de desconto em folha de pagamento autorizado por formulário devidamente preenchido e assinado na Regional Zona da Mata, que será entregue, pelo SINTIBREF-MG, ao RH da Instituição Empregadora, e desde que retirada a guia de autorização no SINTIBREF-MG, Regional Zona da Mata.

VII) Quando houver necessidade de segunda via da carteirinha, seja por perda ou inadimplência, para sua confecção deverá ser pago pela entidade Empregadora, quando inadimplente ou pelo trabalhador, quando houver perda, o valor correspondente a **R\$ 20,00 (vinte reais)** por carteirinha.

VIII) As clínicas conveniadas, as especialidades e os procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações



durante da vigência desta CCT a depender de cada região e dos serviços oferecidos na cidade e/ou região.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

I) A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: [proben@sintibref-minas.org.br](mailto:proben@sintibref-minas.org.br) a lista de todos os trabalhadores constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO**, conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Caso a Instituição não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o SINTIBREF-MG, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II) A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [proben@sintibref-minas.org.br](mailto:proben@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e ou demitidos, para inclusão e ou exclusão do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o ultimo dia útil que antecede o dia 15.

III) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do mesmo no benefício.

IV) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores admitidos dentro de cada mês, até o dia quinze do referido mês, para inclusão e utilização no benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja, **(R\$ 79,00 parte patronal)** sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, em boleto próprio, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V) O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do benefício de cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** por cada empregado, no prazo e forma estabelecidos nos parágrafos abaixo, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês.

VI) A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada.

VIII) Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** por trabalhador.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

I) A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos) por empregado**, em boletos mensais, que serão enviados até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

II) O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br).

III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**.

IV) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre os valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V) Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente a** inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.

VI) O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos**.

VII) Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

#### **PARÁGRAFO QUARTO**

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes, conforme critérios e modalidades de sindicalização oferecidas pelo Sintibref-MG, conforme termo de adesão e as disposições da cláusula "Desconto de Mensalidades" prevista nesta CCT.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

**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/aposentado por invalidez, após sua inclusão no referido benefício, a instituição empregadora continuará responsável pelo pagamento da mensalidade dos mesmos, 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 das condições de trabalho.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) cópia do contrato ou proposta com o prestador de saúde, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o ultimo boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

#### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula. Nos demais locais que não são abrangidos pelo PAF MG, fica autorizada a expansão do presente benefício. Assim que o benefício for oferecido em determinada região, a entidade sindical informará às Instituições a abrangência do benefício de acordo com o estabelecimento das parcerias, que a partir deste momento deve oferecê-lo ao trabalhador, na cidade e ou região pólo de atendimento ou em um raio de até 100km da cidade de referencia.

## PARÁGRAFO OITAVO

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, e etc.

## PARÁGRAFO NONO

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição é responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## PARÁGRAFO DÉCIMO

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores de Juiz de Fora, convencionados coletivamente por (Instrumento normativo - CCT) o Sintibref-Mg possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF UBERLANDIA

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF UBERLANDIA a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembléia de 2012 e ratificada pela assembleia 2018 para a CCT de 2019. Em Uberlândia possuem duas alternativas, em ambos o benefício é extensivo a toda família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

### A - PLAM

O Sintibref-MG, através da FENATIBREF, que possui parceria com o Plano de Assistência Médica Mineira Ltda– PLAM disponibilizará aos trabalhadores da categoria em Uberlândia, o que se segue:

I) Cobertura de serviços de assistência médica hospitalar, de diagnóstico e terapia, conforme rol de procedimento para o Plano ambulatorial de acordo com a Lei 9656/03 Junho 1998 aos seus trabalhadores regularmente sindicalizados, conforme abaixo:

1. Os trabalhadores da categoria serão atendidos nos consultórios dos médicos do corpo clínico do PLAM, consultas em número ilimitado, segundo sua livre escolha de acordo com as seguintes normas:

i. Sem nenhum custo adicional do trabalhador, portanto integralmente cobertos pelo PLAM as seguintes especialidades de consultas: Angiologia, Cardiologia, Clínica Cirúrgica Geral, Clínica Cirúrgica Pediátrica, Clínica Geral, Clínica Obstétrica, Gastroenterologia, Ginecologia, Infectologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Traumatologia-ortopedia e Urologia, desde que realizadas nos consultórios do corpo clínico do hospital PLAM;

ii. Com custo adicional do trabalhador em 50% (cinquenta por cento) para consultas das seguintes especialidades: Dermatologia, Endocrinologia, Ematologia, Mastologia, Nefrologia, Oncologia, Psiquiatria, Pneumologia, Reumatologia e, demais especialidades autorizadas pelo Conselho Federal de Medicina, quando realizada nos consultórios de médicos credenciados;

iii. Os trabalhadores de nossa categoria terão cobertura dos “**serviços de apoio diagnóstico**”, em regime de custo adicional, em número ilimitado, através de serviços credenciados e de livre escolha, como segue: Serviço de diagnóstico em Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia, por imagem, serviço de laboratório de análise e patologia clínica e serviço de Ultrassonografia.

iv. Os trabalhadores da categoria poderão exercer os “**exames complementares básicos**”, isentos de custo adicional, desde que solicitado pelo médico do corpo clínico do PLAM, e sejam realizados pelos serviços

credenciados.

v. Os trabalhadores da categoria, em regime de custo adicional, terão cobertura através de serviços contratados dos seguintes “procedimentos ambulatoriais”: Fisioterapia, Hemodiálise, Quimioterapia e Radioterapia.

vi. Os trabalhadores da categoria isentos de parcela de custo adicional poderão exercer o direito aos “procedimentos cirúrgicos ambulatoriais básicos”, desde que realizados no pronto socorro do hospital do PLAM.

vii. Os medicamentos e materiais prescritos para tratamento ambulatorial (domiciliar) serão de responsabilidade exclusiva do trabalhador.

viii. Os trabalhadores da categoria e seus dependentes poderão utilizar o atendimento de pronto-socorro 24 horas para casos de urgência e emergência, bem como procedimento de observação por até 12 horas.

ix. As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante a vigência desta CCT.

x. Os atendimentos serão feitos mediante apresentação da carteirinha de identificação do PLAM expedida pelo mesmo, após preenchimento da ficha de sindicalização e cópia da documentação necessária para inclusão, disponível em nosso site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br), na regional de Uberlândia (Av. João Pinheiro, 2.538, bairro Brasil) ou por email: [triangulo@sintibref-minas.org.br](mailto:triangulo@sintibref-minas.org.br). As fichas de inclusão precisam ser entregues na Regional Uberlândia até o dia 15 de cada mês, com toda documentação necessária, constante no verso da Ficha de Sindicalização.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

I. A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [associadoplam@sintibref-minas.org.br](mailto:associadoplam@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores demitidos, para baixa do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o ultimo dia útil que antecede o dia 15.

II. A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores que aderiram ao PLAM, com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês, até o dia 15 (quinze) de cada mês, obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do mesmo no plano de assistência medica. A homologação feita na entidade sindical não retira a obrigatoriedade de informação.

III. A falta de pagamento por parte da Instituição empregadora (parte patronal e parte empregado) referente aos trabalhadores sindicalizados dentro de cada mês, obriga a empregadora a reverter o valor do benefício, em dobro, ou seja, **(ex.: faixa etária 19 a 58: R\$ 226,40, sendo R\$ 39,50 parte patronal + R\$ 73,70 parte do empregado = R\$ 113,20 x 2)** sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

IV. O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do referido plano de assistência medica de cada um dos empregados que optaram pelo uso, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 64,80 (sessenta e quatro reais e oitenta centavos), R\$ 113,20 (cento e treze reais e vinte centavos) ou R\$ 202,30 (duzentos e dois reais e trinta centavos)** conforme faixa etária descrita em tabela abaixo, por cada empregado, no prazo e forma estabelecidos nos parágrafos desta clausula e desde que a instituição atualize a lista de exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês.

Por Idade	Parte patronal	Valor Empregado: Desconto em Folha	Soma Total
<b>0 A 18 ANOS</b>	R\$ 39,50	R\$ 25,30	<b>R\$ 64,80</b>

<b>19 A 58 ANOS</b>	R\$ 39,50	R\$ 73,70	<b>R\$ 113,20</b>
<b>A PARTIR DE 59 ANOS</b>	R\$ 39,50	R\$ 162,80	<b>R\$ 202,30</b>

V. Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador, além da entrega de toda documentação necessária para inclusão

VI. A Instituição Empregadora que estiver inadimplente, impedirá aos trabalhadores beneficiários de utilizar o benefício durante este período, até 30 dias subseqüentes a regularização das pendências e reenvio das fichas de inclusão, além de arcar com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseja aderir ao presente benefício ou que esteja impossibilitado de usá-lo.

VII. Para cancelamento da adesão e exclusão dos beneficiários no PLAM, o empregado deve redigir carta de próprio punho e preencher a ficha de própria de exclusão do Plam até o dia 15 de cada mês e entregá-lo na Regional Triângulo.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

Cada trabalhador da categoria que optar por este benefício contribuirá, via desconto em folha de pagamento, a partir de janeiro de 2019, com valor de **R\$ 25,30 (vinte e cinco reais e trinta centavos)** na faixa etária de **0 a 18 anos**, **R\$ 73,70 (setenta e três reais e setenta centavos)** na faixa etária de **19 a 58** e **R\$ 162,80 (cento e sessenta e dois reais e oitenta centavos)** na faixa etária acima de **59 anos**. Na primeira inclusão o empregado arcará, via desconto em folha de pagamento com o custo da carteirinha, correspondente à **R\$ 20,00 (vinte reais)**, pagos de uma só vez, salvo quando solicitado segunda via, que neste caso deverá arcar com o custo mencionado para aquisição de nova carteirinha, salvo quando solicitado segunda via, que neste caso deverá arcar com o custo mencionado para aquisição de nova carteirinha.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**, por trabalhador da categoria que aderir ao benefício.

## PARÁGRAFO QUARTO

I. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores da parte patronal e do trabalhador (**R\$ 64,80** - 0 a 18 anos; **R\$ 113,20** – 19 a 58 anos; **R\$ 202,30** - acima de 59), somados ao valor da carteirinha, nos casos de primeira inclusão, em boletos mensais enviados separadamente pelo SINTIBREF-MG (**parte patronal = R\$ 39,50 e parte do empregado R\$ 25,30 ou R\$ 73,70 ou R\$ 162,80**), até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

II. O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br).

III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados multiplicados ao valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**. O boleto referente à parte empregado será o resultado do número de empregados sindicalizados vezes o valor **R\$ 25,30 ou R\$ 73,70 ou R\$ 162,80**, conforme a faixa etária, somados ao valor das carteirinhas, no caso de primeira inclusão ou solicitação de segunda via, referente à parte dos empregados.

IV. O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre os valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V. Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores sindicalizados e de seus dependentes, a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente** a inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.

VI. O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos.**

VII. Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

## **PARÁGRAFO QUINTO**

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes, conforme critérios e modalidades de sindicalização oferecidas pelo Sintibref-MG, conforme termo de adesão e as disposições da cláusula “Desconto de Mensalidades” prevista nesta CCT.

## **PARÁGRAFO SEXTO**

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 mesmos, 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.

I. Após o retorno do trabalhador afastado/aposentado por invalidez, poderá a entidade 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 **(R\$ 50,60, R\$ 147,40 ou R\$ 325,60)**, ou seja, até dois meses por parcela.

## **PARÁGRAFO SÉTIMO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) 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 e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

## **PARÁGRAFO OITAVO**

Ao empregado que desejar não fazer uso do referido benefício é garantido a utilização do PAF “TANGARÁ” conforme opção “b” disponível aos trabalhadores de Uberlândia. É facultado ao empregado utilizar ambos os benefícios, e nesta hipótese, a Instituição Empregadora arcará com a parte patronal de apenas 1 (um) dos benefícios e descontará e repassará ao SINTIBREF-MG os valores referentes a parte do empregado de um benefício e a parte patronal e empregado do segundo.

## **PARÁGRAFO NONO**

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, e etc.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Fica advertido que a instituição que proceder com os descontos da Mensalidade e não fizer o devido repasse ao SINTIBREF-MG, estarão sujeitas à aplicação das leis, além de arcar com as penalidades constantes nesta CCT. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores beneficiários do PLAM, convenionados coletivamente por (Instrumento CCT), o Sintibref-Mg possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados nesta CCT, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

## **B – TANGARÁ**

Aos trabalhadores da categoria que não optarem pelo PLAM, independente do motivo, fica garantido o direito a utilizar do benefício Tangará, sendo obrigatório o cumprimento conforme o que se segue:

I) Os trabalhadores da categoria e seus dependentes terão direito a utilização do Clube de Lazer Tangará situado à Rua das Perobas, 1000, Morada dos Pássaros – Uberlândia, nas seguintes condições:

1. O clube está aberto de quarta a sexta-feira das 08:00hs as 17:30hs e aos Sábados, Domingos e Feriados das 08:00hs às 18:00hs.
2. Os trabalhadores da categoria que desejarem convidar poderão adquirir convites individuais no próprio clube e pagará de acordo com tabela apresentada pelo Tangará. Nos meses de maio a agosto o clube Tangará poderá disponibilizar gratuitamente os convites aos familiares.
3. Os trabalhadores da categoria podem utilizar sem pagamento adicional o espaço físico para confraternização das empresas disponibilizado pelo Clube, conforme normas internas.
4. Aos trabalhadores da categoria que se interessarem, poderão participar dos jogos de futebol realizados aos domingos, organizados pelo Clube Tangará, sem custo adicional.

II) O Clube Tangará conta com equipe de animação e diversão para crianças, com diversas atividades recreativas e pintura facial disponibilizada a todos os trabalhadores.

III) Os trabalhadores da categoria terão direito a rede de descontos dos conveniados ao Clube Tangará, conforme especificações abaixo, sendo que, a rede de descontos poderá ser modificada mesmo dentro da vigência desta CCT.

1. Descontos nas consultas de todas as especialidades médicas e odontológicas da Clínica de Uberlândia, situada à Av: Cesário Alvim nº 66 – centro. Para marcação e informações: 34 3301-0133 / 3215-4900.
2. Até 50% de desconto no Hotel e Clube Privê de Caldas Novas. Reservas e informações através do numero: 0800 627575
3. 50% de desconto no convite do Clube Liverpool, situado à Av. Getúlio Vargas, 2636 - Jaraguá, Uberlândia, 20% de desconto na locação do salão de festas e 3% de desconto no serviço de Buffet. Informações: (34) 3255-3580/3236-4883.
4. 4% (quatro por cento) de desconto no Posto de Combustível- Posto Highway. Av. João Naves de Avila, 2735, 38408-100 Uberlândia. Telefone:(34) 3255-1800
5. Consulte toda rede de descontos na regional através do numero (34) 3224-6115.

IV) Os serviços, prestadores e benefício aqui estabelecidos poderão sofrer alterações durante da vigência desta CCT.

## **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

I) A instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: [associadotangara@sintibref-minas.org.br](mailto:associadotangara@sintibref-minas.org.br) a lista de todos os trabalhadores constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO** e conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Caso a entidade não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o Sintibref-MG, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II) A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [associadotangara@sintibref-minas.org.br](mailto:associadotangara@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e/ou demitidos, para atualização e/ou baixa do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o último dia útil que antecede o dia 15.

III) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do mesmo no referido benefício.

IV) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores admitidos dentro de cada mês, até o dia quinze do referido mês, para inclusão e utilização no referido benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja (**R\$ 79,00 = R\$ 39,50 parte patronal x 2**) sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V) O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento do benefício de cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)** por cada trabalhador e atualizar a lista de inclusão e exclusão dos trabalhadores até o dia 15 (quinze) de cada mês.

VI) A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada.

VIII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido a atualização e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseja.

IX) Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**, por trabalhador.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

Para início de utilização dos benefícios de lazer e outros, necessária se faz a apresentação da carteira de identificação Tangará/Sintibref, que tem custo de **R\$ 15,00 (quinze reais)** que é confeccionada e paga diretamente pelo trabalhador no Clube Tangará.

## PARÁGRAFO QUARTO

I) A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos) por empregado**, em boletos mensais, que serão enviados até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, pagamento no dia 10 de cada mês, através de boleto bancário



com código de barras.

II) O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 (quinze) do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: **[arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br)**.

III) O referido boleto não precisará ser preenchido, pois o valor estará estipulado no boleto enviado. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 39,50 (trinta e nove reais e cinquenta centavos)**.

IV) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre os valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V) Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores e de seus dependentes, se for o caso, a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente a** inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.

VI) O não pagamento acima citado gera suspensão do uso do benefício, dos tratamentos em andamento e da impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos**.

VII) Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes, conforme critérios e modalidades oferecidas pelo Sintibref-MG conforme Termo de Adesão, e as disposições da cláusula “Desconto de Mensalidades” prevista nesta CCT.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

**No caso de trabalhadores afastados/aposentado por invalidez, 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 mesmos, 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.

#### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) cópia do contrato ou proposta com o prestador de saúde, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

#### **PARÁGRAFO OITAVA**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula, quando da adesão do empregado.

#### **PARÁGRAFO NONA**

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, e etc.

#### **PARÁGRAFO DÉCIMO**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os empregados. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. A instituição que não fizer o pagamento dos boletos ao SINTIBREF-MG estará sujeita à aplicação das leis, além de arcar com as penalidades constantes nesta CCT. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

#### **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores beneficiários do Clube Tangará, convenionados coletivamente por (Instrumento CCT) o Sintibref-Mg possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados nesta CCT, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF MG**

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 pela assembleia 2018 para a CCT de 2019. Este benefício é extensivo a toda família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

#### **DEMAIS CIDADES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

O Sintibref-MG através da FENATIBREF possui parceria com o “Cartão de Todos” que é um cartão de benefícios que oferece significativos descontos, disponibiliza aos trabalhadores de nossa categoria econômica em todas as cidades do Estado, 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, conforme o que se segue:

I) Direito a descontos em consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, lazer e educação aos trabalhadores da categoria e seus dependentes, conforme as seguintes condições:

1. Os trabalhadores de nossa categoria serão atendidos pela Rede Credenciada do Cartão de Todos, de acordo com as seguintes normas:

i. Terá direito a consultas nas especialidades de Angiologista, Alergista, Cardiologia, Clínico Geral, Dentista, Dermatologista, Endocrinologista, Fisioterapia, Fonoaudiologista, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutricionista, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedista, Otorrino, Pediatria, Podologia, Proctologista, Psicologia, Psiquiatria, urologia, Geriatria, Pneumologia, além de exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes.

ii. É garantido a todo trabalhador da categoria as especialidades previstas nesta Convenção para todo o Estado de Minas Gerais, mas nem toda clínica credenciada necessariamente terá todas as especialidades conjuntamente.

iii. As marcações serão feitas diretamente com os consultórios e clínicas conveniadas ao Cartão de

Todos, não havendo limitação de consultas por mês.

iv. Os trabalhadores de nossa categoria e seus dependentes pagarão somente o valor entre **R\$ 20,00 (vinte reais) a R\$ 28,00 (vinte e oito reais)** por consulta diretamente na clínica conveniada, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem e aplicação de varizes, realizados nas clínicas credenciadas, onde será aplicada a tabela de preços com descontos variados disponibilizada no ato da consulta. Caso a clínica não possua a especialidade de necessidade do nosso representado, mas possua convenio com o medico pretendido, nosso representado poderá optar pelo atendimento usufruindo de desconto, que será informado na clínica no ato da consulta, onde diretamente se procederá ao pagamento.

v. Os trabalhadores poderão consultar a rede credenciada do cartão de todos através do site, email e/ou telefone da central de atendimento do Cartão de Todos para que possam usufruir de todos os benefícios de saúde e/ou lazer e/ou educação.

vi. Para esclarecimentos, sugestões, dúvidas ou reclamações sobre o atendimento da rede credenciada e outros ligue: 0800 283 8916.

vii. A rede credenciada do Cartão de Todos pode sofrer alterações e inclusive novos credenciamentos dentro da vigência desta CCT.

viii. Os trabalhadores da categoria que já usufruírem do Cartão de Todos por meio de contrato pela pessoa física, deverá, para utilização do PAF-MG, cancelar seu contrato individual, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta cláusula.

ix. Quando houver necessidade de segunda via da carteirinha, seja por perda ou inadimplência, para sua confecção deverá ser pago pela entidade Empregadora, quando inadimplente ou pelo trabalhador, quando houver perda, o valor correspondente a **R\$ 20,00 (vinte reais) por carteirinha**.

x. 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 (hum mil e quinhentos reais) a ser pago aos beneficiários legais ou indicados pelo empregado em termo próprio (o formulário deve ficar na pasta do empregado), por depósito em conta bancária ou cheque, em até 60 dias após entrega da documentação completa e já deferida, quando da ocorrência de sinistro, mediante preenchimento do aviso de sinistro e entrega da documentação comprobatória, na sede do SINTIBREF ou por correio, conforme relação de documentos disponível em nosso site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) e por telefone (31) 3423-8686.

xi. 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 acidental, por força de condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no PAF permanecerão segurados, independente da idade. Os empregados com idade superior poderão nomear em termo próprio um de seus dependentes incluídos no “Cartão de Todos” para, em seu lugar, tornar-se segurado da Assistência Funeral e neste caso, quando houver o sinistro, o prêmio garantido por morte natural e acidental, será repassado ao titular do Cartão de Todos, ou seja, o empregado da categoria.

xii. 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, com isso terão seus empregados 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), junto ao SINTIBREF-MG.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

l) A instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: [associadotodos@sintibref-minas.org.br](mailto:associadotodos@sintibref-minas.org.br) a lista de todos os trabalhadores constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO** e conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Caso a entidade não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o Sintibref, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II) A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail: [associadotodos@sintibref-minas.org.br](mailto:associadotodos@sintibref-minas.org.br), até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e/ou demitidos, para atualização e/ou baixa do trabalhador no benefício. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o último dia útil que antecede o dia 15.

III) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do trabalhador da utilização deste cartão de benefícios.

IV) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores admitidos dentro de cada mês, até o dia quinze do referido mês, para inclusão e utilização no referido benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja, **(R\$ 40,00 = R\$ 20,00 x 2)**, sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V) O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento deste benefício para cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 20,00 (vinte reais)** por cada trabalhador e seus dependentes, se houver, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês.

VI) A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada.

VIII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido a atualização e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseje.

IX) Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador.

## **PARÁGRAFO SEGUNDO**

Cada trabalhador de nossa categoria econômica poderá incluir gratuitamente seus familiares/dependentes como beneficiários do PAF-MG.

## **PARÁGRAFO TERCEIRO**

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 25,00 (vinte e cinco reais)** por empregado somente no mês de inclusão no referido benefício, ou seja, no primeiro mês de utilização do Cartão de Todos (emissão de carteirinha), e a partir do segundo mês contribuirá com o valor de **R\$ 20,00 (vinte reais)** mensais por trabalhador.

## **PARÁGRAFO QUARTO**

I) A Instituição deve realizar o pagamento do valor **(R\$ 20,00)** correspondente a inclusão do trabalhador e seus dependentes, se houver, em boletos mensais que serão enviados pelo SINTIBREF-MG, até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, primeiro pagamento em 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

II) O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br).

- III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes ao valor de **R\$ 20,00 (vinte reais)**.
- IV) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre os valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.
- V) Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores sindicalizados e de seus dependentes, a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente a** inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.
- VI) O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos**.
- VII) Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

São considerados dependentes dos trabalhadores da categoria casados ou por união estável, os filhos, cônjuges, mãe, madrasta, pai, padrasto, enteado(a), irmãos solteiros ou avó/avô e sogros, e aos trabalhadores solteiros, os pais, filhos, irmãos solteiros e avó/avô.

- I) Todos os trabalhadores da categoria devem preencher a ficha de adesão para inclusão de seus dependentes se desejarem. Se necessário solicite pelo email: [associadotodos@sintibref-minas.org.br](mailto:associadotodos@sintibref-minas.org.br) ou tel: (31) 3423-8686 / 3586-6553 e ou retire pelo site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br)
- II) Não haverá custo adicional por dependente, desde que não exceda o numero de 7 (sete) dependentes por trabalhador.
- III) Caso o titular do plano não esteja mais ligado à instituição empregadora, seus dependentes também serão excluídos em função do vínculo.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

No caso de trabalhadores afastados/aposentado por invalidez, 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 mesmos, 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.

#### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta clausula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) cópia do contrato ou proposta com o prestador de saúde, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o ultimo boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

#### **PARÁGRAFO OITAVO**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula. Também é direito do trabalhador, incluir sua família para exercício do mesmo, sem qualquer custo e para tal, deve preencher ficha de adesão disponível no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br).

#### **PARÁGRAFO NONO**

Será obrigatório o cumprimento da cláusula do benefício Cartão de Todos as instituições localizadas nas cidades até 100km do pólo de atendimento (disponíveis no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://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 e desejar fazer uso do referido benefício, poderá fazê-lo e a instituição empregadora deverá cumprir a presente cláusula.

As cidades pólo de atendimento são:

BARBACENA	JOAO MONLEVADE	SANTA LUZIA
BELO HORIZONTE	JUIZ DE FORA	SETE LAGOAS
BETIM	MANHUAÇU	TEOFILO OTONI
CONSELHEIRO LAFAIETE	MONTES CLAROS	UBA
CONTAGEM	NOVA LIMA	UBERABA
CORONEL FABRICIANO	PASSOS	UBERLANDIA
CURVELO	PATOS DE MINAS	VARGINHA
DIVINOPOLIS	POUSO ALEGRE	VESPASIANO
IBIRITE	RIBEIRÃO DAS NEVES	-
IPATINGA	SABARA	-

I) A listagem de cidades acima está sujeita a alterações a qualquer tempo durante a vigência desta CCT.

II) 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 DÉCIMO**

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, e etc.

#### **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários trabalhadores. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

#### **PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores beneficiários do Cartão de Todos, convencionados coletivamente por (Instrumento CCT) o Sintibref-Mg possui legitimidade para exigir o cumprimento dos

dispositivos preceituados nesta CCT, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF GV

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF GV a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembleia de 2012 e ratificada pela assembleia 2018 para a CCT de 2019. Este benefício é extensivo a toda família de nossos trabalhadores, de acordo com as condições abaixo:

### GOVERNADOR VALADARES

O Sintibref-Mg através da FENATIBREF possui parceria com o “Nosso Cartão” que disponibiliza aos trabalhadores de nossa categoria econômica em Governador Valadares e Região, compreendidas pelas cidades de Alpercata, Campanário, Capitão Andrade, Central de Minas, Conselheiro Pena, Coroaci, Divino das Laranjeiras, Fernandes Tourinho, Frei Inocêncio, Governador Valadares, Galileia, Gonzaga, Itanhomi, Jampruca, Marilac, Matias Lobato, NacipRaydan, Santa Efigênia de Minas, São Félix de Minas, São Geraldo da Piedade, São Geraldo do Baixio, São José da Safira, Sardoá, Tarumirim, Tumiritinga, Virgolandia, conforme o abaixo. Faculta-se a entidade sindical, se necessário, a mudança de prestador durante a vigência desta CCT.

l) Direito a descontos em consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, consultas, exames e procedimentos odontológicos, lazer e educação aos trabalhadores da categoria, conforme as seguintes condições:

1. Os trabalhadores de nossa categoria serão atendidos pela Rede Credenciada do “Nosso Cartão”, de acordo com as seguintes normas:

i. Terá direito a consultas médicas nas especialidades de Acupuntura, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Mastologia, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Urologia, além de descontos nas consultas de Nefrologia, Psiquiatria e Fisioterapia, exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes.

ii. Os trabalhadores de nossa categoria arcará com as consultas médicas, nos valores entre **R\$ 30,00 (trinta reais) e R\$ 35,00 (trinta e cinco reais)** por consulta diretamente nas clínicas conveniadas, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem e aplicação de varizes, realizados nas clínicas credenciadas, onde será aplicada a tabela de preços com descontos variados disponibilizada no ato da consulta. Caso a clínica não possua a especialidade de necessidade do nosso representado, mas possua convenio com o medico pretendido, nosso representado poderá optar pelo atendimento usufruindo de desconto, que será informado na clínica no ato da consulta, onde diretamente se procederá ao pagamento.

iii. Direito a consultas, exames e procedimentos odontológicos nas clínicas credenciadas ao Nosso Cartão, garantindo 50% de desconto em todos os procedimentos cobertos elencados abaixo, conforme tabela disponível diretamente na clínica, com valores inferiores ao praticado no mercado, a serem pagos no ato da consulta ou procedimento, mediante negociação realizada na própria clínica, além da mensalidade paga pelo empregador, obrigatoriamente, conforme disposições desta cláusula.

PROCEDIMENTO	ESPECIALIDADE
1 MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO DE PORCELANA	DENTISTICA
1 MONTAGEM DE APARELHO ORTODONTICO DE PORCELANA	DENTISTICA

2 MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO DE PORCELANA	DENTISTICA
ALVEOLOPLASTIA ( POR SEGMENTO )	DENTISTICA
ANEIS DE APARELHO	DENTISTICA
APLICACAO DE JATO BICARBONATO	DENTISTICA
APLICACAO DE SELANTE (POR ELEMENTO)	DENTISTICA
APLICACAO DE SELANTE TECNICA INVASIVA (POR ELEMENTO)	DENTISTICA
APLICACAO TOPICA DE FLUOR (EXCLUINDO PROFILAXIA)	DENTISTICA
AUMENTO DE COROA CLÍNICA (POR ELEMENTO)	DENTISTICA
AVALIACAO DENTISTICA	DENTISTICA
BIONATOR DE BALTERS	PROTESE
BORRACHINHA DE SEPARACAO	DENTISTICA
CAPEAMENTO PULPAR	DENTISTICA
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	DENTISTICA
CIRURGIA PARA TRACIONAMENTO DE CANINO	DENTISTICA
CIRURGIA RETALHO (POR SEGMENTO)	DENTISTICA
CLAREAMENTO DENTAL COM MOLDEIRA	DENTISTICA
CLAREAMENTO DENTAL ENDOGENO	DENTISTICA
CONTENCAO INFERIOR HIGIENICA	PROTESE
COROA DE PORCELANA (CERAMICA PURA)	PROTESE
COROA DE VENEER	PROTESE
COROA METALO CERAMICA	PROTESE
COROA PROVISORIA	PROTESE
CUNHA DISTAL (POR ELEMENTO)	DENTISTICA
CURATIVO DE DEMORA	DENTISTICA
DISJUNTOR PALATINO TIPO HAAS HYRAX	PROTESE
DOCUMENTACAO ORTODONTICA BASICA (DESISTENCIA)	DENTISTICA
EXODONTIA (POR ELEMENTO)	DENTISTICA
EXODONTIA (RAIZ RESIDUAL)	DENTISTICA
EXODONTIA - IMPLANTODONTIA	DENTISTICA
EXODONTIA 3? MOLAR A RETALHO	DENTISTICA
EXODONTIA 3? MOLAR COM ODONTOSEC??O	DENTISTICA
EXODONTIA 3? MOLAR INCLUSO	DENTISTICA
EXODONTIA DE CANINO INCLUSO	DENTISTICA
EXODONTIA DE DENTES DECIDUOS	DENTISTICA
FACETA EM RESINA (ART GLASS)	DENTISTICA
FRENECTOMIA LABIAL	DENTISTICA
FRENECTOMIA LINGUAL	DENTISTICA
GENGIVECTOMIA (POR SEGMENTO)	DENTISTICA
IMPLANTE DENTARIO I	DENTISTICA
IMPLANTE DENTARIO II	DENTISTICA



IMPLANTE DENTARIO III	DENTISTICA
IMPLANTE DENTARIO IV	DENTISTICA
IMPLANTE DENTARIO V	DENTISTICA
MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO	DENTISTICA
MANUTENCAO DE IMPLANTE	DENTISTICA
MOLDAGEM DE APARELHO ORTODONTICO	DENTISTICA
MOLDEIRA CLAREAMENTO OU PLACA	PROTESE
MONTAGEM DE APARELHO ORTODONTICO	DENTISTICA
NUCLEO DE PREENCHIMENTO EM AMALGAMA	DENTISTICA
NUCLEO DE PREENCHIMENTO EM IONOMERO DE VIDRO	DENTISTICA
NUCLEO DE PREENCHIMENTO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	DENTISTICA
NUCLEO METALICO FUNDIDO	PROTESE
ORCAMENTO DENTISTA	DENTISTICA
ORCAMENTO ENDODONTIA	DENTISTICA
ORCAMENTO ORTODONTIA	DENTISTICA
PINO DE RETENCAO INTRA RADICULAR DE FIBRA DE VIDRO	DENTISTICA
PLACA DE BATENTE	PROTESE
PLACA DE BRUXISMO (MIORRELAXANTE) ACRILICO	PROTESE
PLACA DE BRUXISMO (MIORRELAXANTE) SILICONE	PROTESE
PLACA DE HAWLEY	PROTESE
PONTE ADESIVA DE PORCELANA (01 ELEMENTO)	PROTESE
PREPARO PARA PINO INTRA-RADICULAR	DENTISTICA
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO (4HEMIARCADAS)	DENTISTICA
PROTESE PROVISORIA	DENTISTICA
PROTESE REMOVIVEL PROVISORIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS	PROTESE
PROTESE TOTAL	PROTESE
PROVA DE PE?A	DENTISTICA
PROVA DE PROTESE	DENTISTICA
PULPOTOMIA (ABERTURA DE DENTE)	DENTISTICA
PULPOTOMIA – ENDODONTIA	DENTISTICA
REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL	PROTESE
REEMBASAMENTO PROVISORIO	PROTESE
REGENERACAO OSSEA GUIADA (ENXERTO)	DENTISTICA
REMOCAO DE APARELHO ORTODONTICO	DENTISTICA

REMOCAO DE COROA OU PECA	PROTESE
RESTAURACAO DE AMALGAMA 2 FACES	DENTISTICA
RESTAURACAO DE AMALGAMA 3 FACES	DENTISTICA
RESTAURACAO DE IONOMERO DE VIDRO (1 FACE)	DENTISTICA
RESTAURACAO INLAY E ONLAY (ART GLASS / SOLIDEX)	PROTESE
RESTAURACAO INLAY E ONLAY DE PORCELANA	PROTESE
RESTAURACAO METALICA FUNDIDA – RMF	PROTESE
RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE I, V OU VI	DENTISTICA
RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE II OU IV	DENTISTICA
RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE III	DENTISTICA
RETIRADA DE APARELHO ORTODONTICO	DENTISTICA
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVO / CANINO	DENTISTICA
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLAR	DENTISTICA
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE MOLAR	DENTISTICA
ROACH PPR	PROTESE
TARTARECTOMIA (REMOCAO DE FATORES DE RETENCAO)	DENTISTICA
TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVO / CANINO	DENTISTICA
TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLAR	DENTISTICA
TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE MOLAR	DENTISTICA
TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECIDUOS	DENTISTICA
TRATAMENTO PERIOD DE MANUTENCAO PERIODONTITE MODERADA 4 EM 4 MESES	DENTISTICA
TRATAMENTO PERIODONTAL LEVE	DENTISTICA
TRATAMENTO PERIODONTAL MEDIO	DENTISTICA
TRATAMENTO PERIODONTAL PESADO	DENTISTICA
ULECTOMIA - CIRURGIA ODONTOLOGICA	DENTISTICA
ULOTOMIA - CIRURGIA ODONTOLOGICA	DENTISTICA

iv. As consultas médicas e odontológicas devem ser previamente agendadas no **DISQUE CONSULTA** através do número: 0800 718 0889, de segunda a sexta-feira, no horário de 08:30hs às 17:30hs. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento deve-se informar em até 24 horas de antecedência a ausência, e caso não o faça, será considerado ausência injustificada do empregado. Havendo reincidência de ausência injustificada o empregado deverá pagar através de desconto em folha de pagamento, o valor

correspondente a consulta agendada e faltosa, por meio de um formulário devidamente preenchido e assinado disponível no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Até que haja o devido pagamento, o empregado representado ficará impedido de consultar. O SINTIBREF-MG gerará em favor da Instituição empregadora, boleto específico para repasse do valor descontado do empregado, a título de penalidade por consulta médica ou odontológica agendada e não realizada.

v. É garantido a todo trabalhador da categoria as especialidades previstas nesta Convenção para toda região, mas nem toda clínica credenciada necessariamente terá todas as especialidades conjuntamente.

vi. Os trabalhadores poderão consultar a rede credenciada do Nosso Cartão através do site do SINTIBREF-MG [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) e pelo telefone da central de atendimento do Nosso Cartão (33) 3271-0074, para que possam usufruir de todos os benefícios de saúde (médica e odontológica) e/ou lazer e/ou educação.

vii. A rede credenciada do NOSSO CARTÃO pode sofrer alterações e inclusive novos credenciamentos dentro da vigência desta CCT.

viii. Os trabalhadores da categoria que já usufruírem do Nosso Cartão por meio de contrato pela pessoa física, deverá, para utilização do PAF-GV, cancelar seu contrato individual, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta clausula.

ix. Quando houver necessidade de segunda via da carteirinha, seja por perda ou inadimplência, para sua confecção deverá ser pago pela entidade Empregadora, quando inadimplente ou pelo trabalhador, quando houver perda, o valor correspondente a **R\$ 20,00 (vinte reais)** por carteirinha.

x. 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 parceira do “Nosso Cartão” no valor correspondente a R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais) a ser pago aos beneficiários legais ou indicados pelo empregado em termo próprio (o formulário deve ficar na pasta do empregado), por depósito em conta bancária ou cheque, em até 60 dias após entrega da documentação completa e já deferida, quando da ocorrência de sinistro, mediante preenchimento do aviso de sinistro e entrega da documentação comprobatória, ao SINTIBREF ou por correio, conforme relação de documentos disponível em nosso site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) e por telefone (31) 3423-8686.

xi. Os empregados com idade superior a 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos no seguro de assistência funeral por morte natural ou acidental, por força de condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no PAF permanecerão segurados, independente da idade. Os empregados com idade superior poderão nomear em termo próprio um de seus dependentes incluídos no “Nosso Cartão” para, em seu lugar, tornar-se segurado da Assistência Funeral e neste caso, quando houver o sinistro, o prêmio garantido por morte natural e acidental, será repassado ao titular do Nosso Cartão, ou seja, o empregado da categoria.

xii. 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, com isso terão seus empregados 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), junto ao SINTIBREF-MG.

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

I) A instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: [associadogv@sintibref-minas.org.br](mailto:associadogv@sintibref-minas.org.br), a lista de todos os trabalhadores constando **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, TELEFONE RESIDENCIAL/CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, SALÁRIO, DATA DE ADMISSÃO** e conforme formulário padrão disponível no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br). Caso a entidade não possua acesso à internet e somente nessa hipótese, poderá enviar via correio às atualizações para o Sintibref, respeitando os prazos conforme item II, deste parágrafo.

II) A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG, através do e-mail:

**associadogv@sintibref-minas.org.br**, até o dia 15 (quinze) de cada mês, os trabalhadores admitidos e/ou demitidos, para atualização e/ou baixa do trabalhador no benefício PAF-GV para atendimento das consultas, exames e procedimentos médicos e odontológicos. Caso o 15º dia não seja dia útil, o envio deve ser antecipado, ou seja, o último dia útil que antecede o dia 15.

III) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores com rescisão de contrato de trabalho dentro do mês obriga o pagamento da mensalidade até que o SINTIBREF-MG receba a referida informação para exclusão do trabalhador da utilização deste cartão de benefícios.

IV) A não informação por parte da Instituição empregadora dos trabalhadores admitidos dentro de cada mês, até o dia quinze de cada mês, para inclusão e utilização no referido benefício e a falta de pagamento deste, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, ou seja, **(R\$ 72,40 = R\$ 20,00 + 16,20 x 2)**, sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

V) O SINTIBREF-MG se responsabiliza pelo fiel cumprimento deste benefício para cada um dos trabalhadores, para tanto, a instituição deverá proceder ao pagamento de **R\$ 36,20 (trinta e seis reais e vinte centavos)** por cada trabalhador, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 15 (quinze) de cada mês para utilização das **consultas, exames e procedimentos médicos e odontológicos**.

VI) A Instituição Empregadora inadimplente neste benefício, ao retornar o cumprimento terá que quitar todos os pagamentos que estiverem em aberto.

VII) A Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão, não será garantido o uso deste benefício até que a pendência seja devidamente regularizada e a lista reencaminhada. Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador, além da entrega de toda documentação necessária para inclusão.

VIII) Instituição Empregadora que estiver inadimplente e enviar admissões para inclusão ou demissões para exclusão, não será garantido a atualização e tão pouco o uso deste benefício por 30 dias subsequentes ao envio da lista, até a completa regularização das pendências e arcará com as consultas, exames, procedimentos e tratamentos do empregado que deseja.

## PARÁGRAFO SEGUNDO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 40,00 (quarenta reais)** por empregado somente no mês de inclusão no referido benefício, ou seja, no primeiro mês de utilização do Nosso Cartão (emissão de carteirinha), e a partir do segundo mês contribuirá com o valor de **R\$ 20,00 (vinte reais)** mensais por trabalhador para utilização das consultas, exames e procedimentos médicos pelo PAF-GV.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 16,20 (dezesesseis reais e vinte centavos)** mensais por trabalhador para utilização das consultas, exames e procedimentos odontológicos pelo PAF-GV. Poderá ser utilizada a mesma carteirinha para os atendimentos médicos e odontológicos.

## PARÁGRAFO QUARTO

I) A Instituição deverá realizar o pagamento do valor de **R\$ 20,00 (vinte reais)**, para utilização de consultas, exames e procedimentos médicos, e do valor de **R\$ 16,20 (dezesesseis reais e vinte centavos)**, para utilização de consultas, exames e procedimentos odontológicos do PAF-GV, correspondente a inclusão do trabalhador, em boleto único mensal que será enviado pelo SINTIBREF-MG, até o dia 10 do mês seguinte ao início de utilização do empregado no benefício, ou seja, primeiro pagamento em 10 de cada mês, através de boleto bancário com código de barras.

II) O Sintibref-MG encaminhará a cada Instituição empregadora mensalmente (via e-mail), o boleto único para

pagamento (médico e odontológico), com vencimento até o dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 15 do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição solicitar através do telefone **(31) 3423-8686/ 3586-6553** ou e-mail: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br).

III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes ao valor de **R\$ 20,00 (vinte reais)** para os atendimentos médicos e **R\$ 16,20 (dezesseis reais e vinte centavos)** para os atendimentos odontológicos.

IV) O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre o valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

V) Para que não ocorra a **suspensão** do uso dos trabalhadores a Instituição Empregadora deve necessariamente pagar o boleto bancário **até o dia 30 do mês subsequente a** inclusão do trabalhador na lista, para exercício do benefício.

VI) O não pagamento acima citado gera suspensão do tratamento em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, tais como: custos com nova inclusão (cartão e outros), assim sendo, estes custos **serão de total responsabilidade da instituição empregadora, independente dos motivos.**

VII) Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site [www.sintibref-minas.org.br/guias](http://www.sintibref-minas.org.br/guias). Estando o boleto atrasado por prazo superior à 58 dias, contados a partir do vencimento, deve fazer contato com o setor de Arrecadação para solicitar novo boleto pelo qual arcará com as despesas de reemissão.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

Faculta-se aos empregados sindicalizados a inclusão de dependentes nos serviços médicos e odontológicos, conforme critérios e modalidades oferecidas pelo Sintibref-MG conforme Termo de Adesão, e as disposições da cláusula "Desconto de Mensalidades" prevista nesta CCT.

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

**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 mesmos, 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.

#### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

A Instituição empregadora poderá optar por outra parceria que não a aqui mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, a abrangência do benefício oferecido, bem como a parte do trabalhador não seja maior da que aqui estabelecida, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício próprio. Para análise das condições do plano de saúde/ benefício de saúde oferecido, a entidade deve enviar ao SINTIBREF-MG, pelo email [juridico@sintibref-minas.org.br](mailto:juridico@sintibref-minas.org.br) 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 e a lista dos empregados beneficiários, especificar 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 empregado deve enviar a lista de exclusão dos empregados no benefício PAF, bem como dos boletos correspondentes.

#### **PARÁGRAFO OITAVO**

Todo trabalhador de nossa categoria econômica tem o direito de utilizar o Programa de Assistência Familiar específico para sua região, para tanto seu empregador, deve cumprir integralmente o estabelecido nesta cláusula.

## **PARÁGRAFO NONO**

Será obrigatório o cumprimento da cláusula do benefício PAF-GV – “Nosso Cartão” as instituições localizadas nas cidades até 100km do pólo de atendimento em Governador Valadares, 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 e desejar fazer uso do referido benefício, poderá fazê-lo e a instituição empregadora deverá cumprir a presente cláusula.

1. A rede de atendimento do Polo, bem como seus credenciados e cidades atendidas, estão sujeitas a alteração. Confira os locais credenciados no site: [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br).
2. Ao empregado que precisar se deslocar para o atendimento médico na cidade vizinha será obrigatória a aceitação do atestado médico para abono da falta ora justificada.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO**

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, e etc.

## **PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO**

A inadimplência acarreta a suspensão de todos os beneficiários, trabalhadores. Por isso, a Instituição será responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, por descumprimento desta, e ainda, o título poderá ser protestado, o que não isenta à Instituição da quitação de pagamento(s) pendente(s).

## **PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO**

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores beneficiários do Nosso Cartão conveniados coletivamente por (Instrumento CCT) o Sintibref-MG possui legitimidade para exigir o cumprimento dos dispositivos preceituados nesta CCT, sem prejuízo das penalidades previstas no instrumento normativo da categoria.

### **Contrato de Trabalho – Admissão, Demissão, Modalidades**

#### **Desligamento/Demissão**

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - COMUNICAÇÃO DE DISPENSA**

No ato da dispensa do empregado, a Instituição deverá comunicá-lo, por escrito.

## **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

No caso de concessão de aviso prévio pela Instituição, o empregado que requerer mediante a comprovação de novo emprego será dispensado do cumprimento do restante do aviso, na hipótese, todas as verbas rescisórias, bem como o pagamento do saldo de salário serão pagos até a data do requerimento e comprovação do novo emprego. Ressalta-se que o último dia trabalhado do empregado será o dia que requerer e comprovar o novo emprego.

## **PARÁGRAFO SEGUNDO**

Ocorrendo a hipótese do § 1º, fica facultado a Instituição efetuar o pagamento das verbas rescisórias no primeiro (1º) dia útil seguinte à data estabelecida para o término do aviso prévio.

## **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - RESCISÃO POR MÚTUO ACORDO**

As rescisões de mútuo acordo serão realizadas com assistência do sindicato profissional nos termos das cláusulas "RESCISÃO DE CONTRATO – HOMOLOGAÇÃO PRESENCIAL e CONFERENCIA ONLINE", previstas neste instrumento.

### **PARAGRAFO ÚNICO**

Caso o término do contrato, ainda que rescindido por mutuo acordo, ocorra no decorrer dos 30 dias que antecedem a data base, é devida ao trabalhador, multa correspondente a 50% (cinquenta por cento) do salário vigente do empregado.

### **Outras normas referentes a admissão, demissão e modalidades de contratação**

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - RESCISÃO DE CONTRATO – HOMOLOGAÇÃO PRESENCIAL**

As partes acordam que as rescisões de contrato de trabalho iguais ou superiores a 01(um) ano de trabalho, **continuarão a serem realizadas obrigatoriamente com a assistência do Sindicato da categoria profissional**, na intenção de garantir a segurança jurídica às partes, empregado e empregador, e de proporcionar a obtenção do termo de quitação anual de obrigações trabalhistas, demonstrando a regularidade da instituição.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As instituições devem informar os dados do empregador e empregado, do contrato de trabalho e da rescisão contratual, para que possa realizar agendamento de homologação. Para tanto, a fim de se observar o prazo legal para quitação das verbas rescisórias e a entrega das guias, bem como a disponibilidade do sindicato em homologar, as homologações devem ser agendadas, em 48hs após a assinatura do Aviso Prévio pelo Empregado. No caso do sindicato não disponibilizar agenda em tempo hábil, importando no descumprimento do prazo do artigo 477 da CLT, ficará a Instituição isenta do pagamento das penalidades do mesmo diploma legal.

### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

Havendo ressalva na homologação de quesitos ou documentos não impeditivos, as instituições devem comunicar por escrito ao SINTIBREF-MG, em até 10 dias corridos, parecer acerca de RESSALVA(S) que venha(m) ocorrer no TRCT – Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, por escrito, encaminhado ao email: [homolog@sintibref-minas.org.br](mailto:homolog@sintibref-minas.org.br) ou extraordinariamente, por correios a Sede do SINTIBREF-MG ou Regionais, dependendo do local da homologação.

### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os valores devidos na rescisão contratual do empregado devem ser feitos por depósito em conta ou em espécie ou por cheque administrativo. Se a homologação for efetuada no último dia previsto do aviso, caso seja pago por cheque administrativo, deve ser feito em tempo hábil para recebimento (saque) das verbas rescisórias.

### **PARÁGRAFO QUARTO**

O aviso prévio deve ser concedido e assinado na data em que houver a comunicação do desligamento ao empregado. Caso haja assinatura do aviso em momento posterior a comunicação, caracterizará como data de afastamento o dia em que o aviso foi assinado e a homologação não será realizada quando o aviso refletir

assinatura não correspondente a data de sua concessão.

## PARÁGRAFO QUINTO

Conforme artigo 477, §6º, CLT, alterada pela Lei 13.467/17, a entrega ao empregado de documentos que comprovem a comunicação da extinção contratual aos órgãos competentes bem como o pagamento dos valores constantes do instrumento de rescisão ou recibo de quitação deverão ser efetuados até dez dias contados a partir do término do contrato. Entende-se por término do contrato no aviso prévio indenizado, o último dia trabalho, para fins de contagem de prazo para recebimento das verbas rescisórias e entrega de documentação no ato da homologação.

## PARÁGRAFO SEXTO

A obrigação de cumprir o presente procedimento é da Instituição Empregadora, que em caso de descumprimento, estará sujeita as penalidades por descumprimento previstas neste instrumento coletivo, além de nulidade do ato de entrega de guias e pagamento oriundos da rescisão, por inobservância da formalidade prevista à categoria, restando possível ao empregado, por meio da assistência jurídica do SINTIBREF, pleitear direitos que por ventura não tenham sido pagos e requerer as penalidades revertidas a ele, por descumprimento da CCT.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - RESCISÃO DE CONTRATO – CONFERÊNCIA ONLINE

As partes acordam que as rescisões de contrato de trabalho iguais ou superiores a 01(um) ano de trabalho, continuarão a serem realizadas obrigatoriamente com a assistência do Sindicato da categoria profissional, na intenção de garantir a segurança jurídica às partes, empregado e empregador, e de proporcionar a obtenção do termo de quitação anual de obrigações trabalhistas, demonstrando a regularidade da instituição. **Nos locais onde não há sede ou regionais do SINTIBREF-MG, haverá a conferência prévia das rescisões dos contratos, que serão realizadas a distância, via email.**

## PARÁGRAFO PRIMEIRO

Para a conferência prévia a Instituição deve enviar ao SINTIBREF-MG, através do email: [conferencia@sintibref-minas.org.br](mailto:conferencia@sintibref-minas.org.br) os documentos obrigatórios listados no site [www.sintibref-minas.org.br](http://www.sintibref-minas.org.br) (homologações), **com antecedência de até 5 (cinco) dias da data final para pagamento, e aguardar o resultado da conferência com a autorização, por parte da entidade sindical profissional, para entrega da documentação da rescisão para o empregado.**

## PARÁGRAFO SEGUNDO

Junto ao envio da documentação necessária para homologação (atente-se aos documentos impeditivos de realização) deve ser enviado pela instituição o email e telefone do empregado rescindido, visto que ao término da conferência, as partes, empregado e empregador, serão informados da conformidade dos documentos e autorizados a concretizar a dispensa.

## PARÁGRAFO TERCEIRO

O setor de conferência responderá em até **2 (dois) dias** do recebimento da documentação, ou seja, **dentro do prazo para entrega dos documentos e pagamento**. Ao concretizar a dispensa, a **Instituição** deve encaminhar cópia digitalizada do TRCT assinado pelas partes ao setor de conferência, através do email: [conferencia@sintibref-minas.org.br](mailto:conferencia@sintibref-minas.org.br). Caso haja atraso no retorno do Sindicato, importando no descumprimento do prazo do artigo 477 da CLT, ficará a Instituição isenta do pagamento das penalidades do mesmo diploma legal.

## PARÁGRAFO QUARTO

Havendo irregularidades na conferência prévia será informado à **Instituição**, que se tratando de situação não impeditiva, terá até **10 dias** corridos para sanar a ressalva e comprová-la por email ao SINTIBREF-MG e ao



empregado. Tratando-se de quesitos impeditivos para concretização da dispensa, a **Instituição terá 2 (dois) dias**, após o recebimento da ressalva em sede de conferencia previa, para solucionar a situação e retornar com a documentação ao SINTIBREF, para que, depois de sanado, **esteja autorizado entregar a documentação da rescisão para o empregado**.

#### **PARÁGRAFO QUINTO**

Os valores devidos na rescisão contratual do empregado devem ser feitos por depósito em conta ou em espécie ou por cheque administrativo. Caso o pagamento seja feito em espécie ou por cheque administrativo nas hipóteses de conferencia previa, o empregador deve enviar recibo do empregado ao setor competente, pelo email: conferencia@sintibref-minas.org.br

#### **PARÁGRAFO SEXTO**

O aviso prévio deve ser concedido e assinado na data em que houver a comunicação do desligamento ao empregado. Caso haja assinatura do aviso em momento posterior a comunicação, caracterizará como data de afastamento o dia em que o aviso foi assinado e a homologação não será realizada quando o aviso refletir assinatura não correspondente a data de sua concessão.

#### **PARÁGRAFO SETIMO**

Conforme artigo 477, §6º, CLT, alterada pela Lei 13.467/17, a entrega ao empregado de documentos que comprovem a comunicação da extinção contratual aos órgãos competentes bem como o pagamento dos valores constantes do instrumento de rescisão ou recibo de quitação **deverão ser efetuados até dez dias contados a partir do término do contrato**. Entende-se por término do contrato no aviso prévio indenizado, o ultimo dia trabalho, para fins de contagem de prazo para recebimento das verbas rescisórias e entrega de documentação no ato da homologação.

#### **PARÁGRAFO OITAVO**

A convocação do empregado para comparecer a Instituição para quitação das verbas rescisórias deve ser feita por escrito, com indicação do local, data e horário. O comparecimento do empregado se dará a partir do aceite da conferência, e este não estará obrigado a comparecer, caso o procedimento de conferencia não tenha sido observado ou se realizado, não estiver em conformidade. Caso o procedimento de conferencia não tenha sido requerido pela instituição e sua falta impeça a quitação, o empregado fará jus à multa por atraso de pagamento e entrega da documentação prevista no art. 477 da CLT. Estando regular a conferencia, o não comparecimento do empregado é de sua responsabilidade, devendo o empregador apresentar documentos comprobatórios da ausência de comparecimento.

#### **PARÁGRAFO NONO**

A obrigação de cumprir o presente procedimento é da Instituição Empregadora, que em caso de descumprimento, estará sujeita as penalidades por descumprimento previstas neste instrumento coletivo, além de nulidade do ato de entrega de guias e pagamento oriundos da rescisão, por inobservância da formalidade prevista à categoria, restando possível ao empregado, por meio da assistência jurídica do SINTIBREF, pleitear direitos que por ventura não tenham sido pagos e requerer as penalidades revertidas a ele, por descumprimento da CCT.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - QUITAÇÃO ANUAL**

Nos termos do art. 507-B da CLT é facultado às Instituições firmar termo de quitação anual de obrigações trabalhistas perante o sindicato da categoria, desde que o referido termo estabeleça todas as obrigações de dar e fazer cumpridas mensalmente.

**Parágrafo primeiro:** Caberá a entidade sindical profissional a conferencia de todas as obrigações que o empregado faz jus, bem como acompanhar sua quitação, oferecendo ao trabalhador toda assistência necessária.

**Parágrafo segundo:** A negativa do empregador em oferecer quaisquer documentos solicitados pelo sindicato profissional inviabilizará a formalização do termo de quitação anual.

**Parágrafo terceiro:** Aplica-se, no que couber, as cláusulas “**RESCISÃO DE CONTRATO**” deste instrumento para viabilizar o agendamento, conferência e análise da documentação.

## **Jornada de Trabalho – Duração, Distribuição, Controle, Faltas**

### **Outras disposições sobre jornada**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA - JORNADA ESPECIAL DE 12 X 36 HORAS**

Faculta-se a adoção do sistema de trabalho denominado “Jornada Especial”, com 12 (doze) horas de trabalho por 36 (trinta e seis) horas de folga, sem redução do salário, respeitando, no mínimo, os pisos salariais da categoria, não incidindo neste caso, a proporcionalidade das horas trabalhadas.

##### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Os empregados que trabalharem sob o regime de Jornada Especial 12X36 deve assinar nos cartões, folhas ou registros de ponto, o intervalo de refeição e descanso inserido na jornada. Este intervalo encontra-se incorporado na jornada, permanecendo um total de 12(doze) horas à disposição do empregador.

##### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

Fica assegurado, no curso desta “Jornada Especial” um intervalo de 01(uma) hora para repouso e refeição, que se encontra incorporado na jornada de trabalho.

##### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Na hipótese de não concessão pelo empregador do intervalo acima referido, este ficará obrigado a remunerar o período correspondente com um acréscimo de 75% (setenta e cinco por cento) sobre o valor da hora normal de trabalho.

##### **PARÁGRAFO QUARTO**

Considerem-se normais os dias de domingo laborados nesta jornada especial, não incidindo a dobra de seu valor. Nos feriados trabalhados, é assegurada a remuneração em dobro. É facultada a compensação dos feriados trabalhados, quando estes não forem dia regular de trabalho, ou seja, quando o empregado for convocado em seu descanso ou quando realizar troca de plantão.

##### **PARÁGRAFO QUINTO**

Os empregados que trabalharem sob o regime de Jornada Especial 12x36 terão direito ao adicional noturno, bem como à hora ficta de 52 minutos e 30 segundos, conforme artigo 73 da CLT.

##### **PARÁGRAFO SEXTO**

O desconto de faltas nessa jornada, somente será do dia não trabalhado, não incidindo nas 36 horas de folga.

##### **PARÁGRAFO SÉTIMO**

Recomenda-se que a programação dos dias trabalhados pela escala 12x36 sejam disponibilizados aos empregados com antecedência mínima de 10 dias.

##### **PARAGRAFO OITAVO**

É vedado as Instituições empregadoras firmarem acordos individuais com empregados que tratem condições diversas desta jornada que não foram objeto de negociação coletiva. No entanto, facultam-se as partes pactuantes de possível acordo coletivo, prever condições mais benéficas aos empregados, desde que a entidade sindical esteja ciente e participe da negociação.

#### PARAGRAFO NONO

Fica garantido ao empregado, em caráter justificável, o direito de fazer a troca de plantões, até 3(três) vezes no mês, com colegas que exerçam a mesma função e no mesmo turno de trabalho, sem prejuízo para a empresa desde que haja comunicação ao empregador dentro de 48 horas da troca do plantão.

#### PARAGRAFO DÉCIMO

Fica garantido ao empregado que labora nesta jornada que suas férias não poderão iniciar-se em dias de feriados, caso este seja seu dia de plantão.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA - ABONO DE FALTAS JUSTIFICADAS

As partes acordam em incluir na presente clausula, o dispositivo abaixo, permanecendo sem alteração as demais condições da clausula referencia:

Motivo:	Qtd. de dias:	Base legal:
Realização de exames preventivos de câncer devidamente comprovada.	Até 3 (três) dias, a cada 12 meses	Art. 473, XII, CLT

#### Relações Sindicais

#### Contribuições Sindicais

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - CONTRIBUIÇÃO NEGOCIAL SOLIDÁRIA (CNS)

Por força do art. 513, "e" da CLT que garante ao sindicato profissional a prerrogativa de impor contribuições à categoria representada e a previsão constitucional do art. 8º, inciso IV, da CF/88 que estabelece a soberania da assembleia em instituir contribuições, e ainda diante do reconhecimento constitucional e legal da norma coletiva prevista no artigo 7º inciso XXVI da CF/88, bem como o princípio da prevalência das normas coletivas sobre a Lei trazida pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) no artigo 611-A e em cumprimento ao determinado pela assembleia dos empregados que autoriza prévia e expressamente a instituir esta contribuição, ficam as Instituições empregadoras obrigadas a descontar de **TODOS** os seus empregados a "**CONTRIBUIÇÃO NEGOCIAL SOLIDÁRIA**" nas seguintes condições.

#### PARAGRAFO PRIMEIRO

As instituições devem descontar o valor de **R\$ 66,00** (sessenta e seis reais) ao ano, por empregado, que serão repassados em três parcelas de **R\$ 22,00** (vinte e dois reais) descontados nos salários dos meses de **FEVEREIRO, JUNHO e OUTUBRO de 2019** a título em reconhecimento a negociação coletiva e ao seu alcance a todos os empregados integrantes da categoria econômica.

#### PARAGRAFO PRIMEIRO

As importâncias descontadas deverão ser recolhidas até o dia 10 (dez) do mês subsequente aos descontos, respectivamente nos meses de **MARÇO, JULHO e NOVEMBRO de 2019**, em boleto fornecido pelo Sindicato

dos Empregados em Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais. As Instituições encaminharão ao SINTIBREF/MG no email: [arrecadacao@sintibref-minas.org.br](mailto:arrecadacao@sintibref-minas.org.br) ou extraordinariamente por correios e neste caso somente se a instituição não possuir meios eletrônicos à Rua Rodrigues Caldas, n.º 703, Santo Agostinho - CEP 30190-120 – BELO HORIZONTE/MG, cópia de comprovação dos recolhimentos, juntamente com a relação nominal dos empregados e CAGED do mês de desconto, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o respectivo desconto.

## **PARÁGRAFO SEGUNDO**

As guias são expedidas pelo SINTIBREF-MG, caso não receba até 5 dias antes do vencimento ou tenha qualquer outro imprevisto solicite-as através do tel.: **(31) 3423-8686** ou e-mail: **arrecadacao@sintibref-minas.org.br**

## **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Os empregados que vierem a ser contratados após a data do primeiro desconto, julho de 2018, necessariamente contribuirão apenas com a segunda parcela, na forma prevista nesta cláusula.

## **PARÁGRAFO QUARTO**

O desconto e o repasse ao SINTIBREF-MG da importância devida pelo empregado previsto no caput desta cláusula será de inteira responsabilidade das Instituições, sendo que a omissão institucional na efetivação do desconto e seu respectivo repasse ao SINTIBREF-MG, fará com que a obrigação pelo pagamento da importância se reverta à Instituição, no prazo de até 1 (um) mês do vencimento, sem permissão de desconto ou reembolso posterior do empregado.

## **PARÁGRAFO QUINTO**

O recolhimento dos valores além dos prazos estabelecidos será acrescido de multa de 2% (dois por cento) ao mês, juros moratórios de 0,033 % (zero vírgula, zero trinta e três por cento) ao dia, imputável às Instituições.

## **PARÁGRAFO SEXTO**

Fica assegurado ao empregado que não reconhecer os direitos e benefícios garantidos neste instrumento normativo dotado de força legal e pactuado pelos princípios que norteiam a negociação coletiva e soberania das decisões dos empregados em assembleia, o direito de se opor ao referido desconto, desde que direta e pessoalmente ao SINTIBREF-MG (sede e regionais) ou mediante correspondência, redigida e manuscrita, postada individualmente por AR (Aviso de Recebimento) e enviada pelo Correio ao SINTIBREF-MG até 10 (dez) dias contados do registro do presente Termo Aditivo da CCT 2018/2019 no Ministério do Trabalho e Emprego. Para os empregados afastados por motivo de doença o prazo será de 10 dias contados a partir de seu retorno ao trabalho. Fica advertida a Instituição de qualquer prática atentatória à organização sindical, tais como envio de correspondências de forma coletiva, padronizadas, que demonstram nítida interferência e intervenção nos assuntos que dizem respeito à atuação do Sindicato e com afronta ao disposto na Convenção nº 98 da Organização Internacional do Trabalho, incorrerá em multa conforme prevista na cláusula de Penalidades deste instrumento normativo, sem prejuízo da Instituição responder ainda por danos materiais e morais eventualmente causados à Entidade Sindical.

## **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA TAXA NEGOCIAL SINDICAL PATRONAL**

Fica estabelecida, em conformidade ao artigo 513, alínea “e”, artigo 611-A, respectivamente da Consolidação das Leis do Trabalho, que concede prerrogativa aos sindicatos para impor contribuição sindical a todo aquele que participa da categoria econômica por ele representado e em cumprimento à deliberação da Assembleia Geral, órgão máximo e supremo do Sindicato Patronal, ao artigo 7º, XXVI; artigo 8º, IV e VI; artigo 146, II e artigo 149, Caput, todos eles da Constituição Federal, a Taxa Negocial Sindical Patronal, para todas as instituições benéficas, religiosas e filantrópicas - associações, fundações, organizações religiosas sem fins lucrativos, que será dividida em três parcelas anuais, a favor do sindicato patronal.

## **PARAGRAFO PRIMEIRO**

As Instituições que não tem empregados, ou que possuem folha de pagamento até o valor de R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) recolherão três parcelas anuais, sendo cada uma no valor de R\$ 170,00 (cento e setenta reais) com vencimentos em 15/02/2019, 15/06/2019 e 15/10/2019.

## **PARÁGRAFO SEGUNDO**

As instituições que tem empregados e que possuem folha de pagamento superior ao valor de R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) recolherão o percentual de 2% (dois por cento) sobre o total bruto da folha de pagamento dos respectivos meses Janeiro, Maio e Setembro de 2019, efetuando os pagamentos em 15/02/2019, 15/06/2019 e 15/10/2019.

## **PARÁGRAFO TERCEIRO**

Fica convencionado que em nenhuma hipótese, a Instituição recolherá parcelas inferiores a R\$ 170,00 (cento e setenta reais).

## **PARÁGRAFO QUARTO**

As guias poderão ser geradas no site do SINIBREF-MG ([sinibref.com.br](http://sinibref.com.br)); por solicitação através dos telefones: 31.3241-2029/34. 3238-7325 ou pelos e-mails: [financeiro@sinibref.com.br](mailto:financeiro@sinibref.com.br) e [relacionamento@sinibref.org](mailto:relacionamento@sinibref.org).

GERALDO GONCALVES DE OLIVEIRA FILHO

Presidente

SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUICOES BENEFICENTES, RELIGIOSAS E  
FILANTROPICAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS SINTIBREF MG

ELAINE PEREIRA CLEMENTE

Presidente

SINDICATO DAS INSTITUICOES BENEFICENTES,RELIGIOSAS E FILANTROPICAS DO ESTADO  
DE MINAS GERAIS

## **ANEXOS**

### **ANEXO I - ATA ASSEMBLEIA DE EMPREGADOS**

[Anexo \(PDF\)](#)

### **ANEXO II - ATA ASSEMBLEIA PATRONAL**

[Anexo \(PDF\)](#)