

TERMO ADITIVO A CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2021/2021

NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG000120/2021
DATA DE REGISTRO NO MTE: 21/01/2021
NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: MR002190/2021
NÚMERO DO PROCESSO: 13621.100926/2021-71
DATA DO PROTOCOLO: 21/01/2021

TERMS ADITIVO(S) VINCULADO(S)

Processo n°: 13621100926202171 e **Registro n°:** MG000120/2021
Processo n°: 13621106765202049 e **Registro n°:** MG000943/2020

Confira a autenticidade no endereço <http://www3.mte.gov.br/sistemas/mediador/>.

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 2021 a 31 de dezembro de 2021 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

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

A partir de **1º de Janeiro de 2021**, 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:

Pisos	Salário
-------	---------

Belo Horizonte	R\$1.182,30
Cidades de Uberlândia, Contagem, Juiz De Fora, Betim e Montes Claros	R\$1.137,15
Demais cidades do Estado de Minas Gerais	R\$1.115,10

** 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, integrar aos 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

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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 2021**, reajuste salarial, a incidir sobre os salários vigentes no mês de aplicação do índice de proporcionalidade abaixo, **respeitando a equiparação salarial nos termos do art. 461 da CLT:**

	MÊS DE ADMISSÃO E INCIDÊNCIA DO REAJUSTE	ÍNDICE	FATOR DE REAJUSTE
Até	Janeiro de 2020	5,00%	1.0500
	Fevereiro de 2020	4,58%	1.0458
	Março de 2020	4,16%	1.0416
	Abril de 2020	3,74%	1.0374
	Mai de 2020	3,33%	1.0333
	Junho de 2020	2,91%	1.0291
	Julho de 2020	2,49%	1.0249
	Agosto de 2020	2,08%	1.0208
	Setembro de 2020	1,66%	1.0166
	Outubro de 2020	1,24%	1.0124
	Novembro de 2020	0,83%	1.0083
	Dezembro de 2020	0,41%	1.0041

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os reajustes salariais concedidos a título de antecipação, no período de **1º de Janeiro de 2020 a 31 de Dezembro de 2020**, 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

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

Fica estabelecida a obrigatoriedade de cumprimento do benefício Plano Odontológico, **aos empregados e Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais**, garantindo melhores condições à categoria e concedendo vantagens e segurança aos trabalhadores, devendo ser cumprida de acordo com as condições a seguir.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

III. O Sindicato, através de parceria com a Win Administradora de Benefícios, Estipulante de Planos Coletivos 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 do valor pactuado por cada empregado, no prazo e forma estabelecido abaixo, desde que a instituição atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados.

PARÁGRAFO QUARTO

I. Para garantia das coberturas contratadas por intermédio desta negociação coletiva, a Instituição empregadora deverá proceder ao pagamento dos **R\$16,80 (dezesesseis reais e oitenta centavos)** para o benefício por cada empregado/dependente, através de boleto bancário enviado mensalmente via e-mail.

II. A Instituição empregadora deverá proceder o pagamento do boleto, enviado pela Administradora do benefício, até o dia 10 do mês seguinte a inclusão do empregado na lista, para exercício do benefício odontológico.

III. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Instituição empregadora solicitar pelo telefone (31) 3297-5353 ou e-mail: cobranca@centraldosbeneficios.com.br.

PARÁGRAFO QUINTO

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 SEXTO

I) 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.

II) Aos empregados que desejarem a inclusão de seus dependentes devem preencher termo próprio de adesão autorizando o desconto em folha de pagamento, juntamente com o empregador (responsável pela Instituição) que também deve assinar o termo de adesão.

III) Caso o titular do plano não esteja mais ligado à Instituição empregadora, seus dependentes também serão excluídos em função da perda do vínculo.

IV) O termo de adesão poderá ser solicitado pelo e-mail cadastro@centraldosbeneficios.com.br.

PARÁGRAFO SÉTIMO

O presente benefício odontológico aplica-se a todos os empregados em toda modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: por tempo indeterminado; por prazo determinado, inclusive em período de experiência; temporário e etc.

PARÁGRAFO OITAVO

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. Após a quitação de todas as pendências, a Instituição empregadora deverá encaminhar a relação de empregados

atualizada para reinclusão, e eles serão incluídos com nova data de vigência. Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição empregadora é 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 ativo no benefício, a título de indenização. Em função da continuidade da inadimplência, a cobrança será judicial, e ainda, o título poderá ser protestado, por descumprimento desta CCT, o que não isenta à Instituição empregadora da quitação de pagamento(s) pendente(s).

PARÁGRAFO NONO

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, e que os benefícios diretos ou adicionais não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula. Para análise das condições do plano odontológico oferecido, a entidade deve enviar para o e-mail: analise@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 (empregado e empregador), e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

PARÁGRAFO DÉCIMO

A Instituição empregadora deverá preencher Termo de Adesão encaminhado pela Administradora ou solicitá-lo pelo e-mail: cadastro@centraldosbeneficios.com.br. O preenchimento e entrega são obrigatórios devido à natureza do contrato coletivo e por determinação da Agência Reguladora.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA SEXTA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR - PAF BH(BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM)

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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 pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2020 para este Termo Aditivo à CCT de 2020/2021. 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) Direito a descontos em consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem, lazer e educação aos trabalhadores da categoria e seus dependentes do Cartão de Todos, nas especialidades de Angiologista, Alergista, Cardiologia, Clínico Geral, Dentista, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Urologia, Geriatria, Pneumologia, além de exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes. Os trabalhadores de nossa categoria e seus dependentes pagarão somente o valor entre **R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) a R\$ 32,00 (trinta e dois reais)** por consulta diretamente na clínica conveniada, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem, aplicação de varizes e procedimentos, realizados nas clínicas credenciadas.

II) As consultas devem ser previamente agendadas junto ao **DISQUE CONSULTA** através do número: **(31) 3656-8836**, 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\$24,00 á R\$32,00 correspondente à consulta agendada e faltosa, por meio de um e-mail enviado ao setor de 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.

III) 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.

IV) 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 ou telefone **(31) 3656-8836**.

V) 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.

VI) 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 ou através da Central de Atendimento **0800 283 8916**.

VII) As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante a 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-BH, cancelar seu contrato individual e regularizar eventuais pendências, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta cláusula.

IX) 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 e por telefone (31) 3423-8686.

X) 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.

XI) 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.

XII) Não haverá nenhuma contribuição adicional em valores para as consultas médicas das especialidades atendidas nas cidades de BELO HORIZONTE, BETIM E CONTAGEM. O trabalhador representado e seus Dependentes, serão reembolsados no valor de R\$ 24,00 a R\$ 32,00 (a depender da especialidade) por consulta médica realizada e paga no ato do atendimento, pelo departamento de associados do SINTIBREF-MG, conforme condições previstas na CIRCULAR de nº 12 de 2019, disponível no site: www.sintibref-minas.org.br.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

I. A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: 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. 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, **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\$ 89,80 = R\$ 44,90 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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 subseqüentes 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)** por trabalhador.

PARÁGRAFO TERCEIRO

I. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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**.

III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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 o valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

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 subseqüente** 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. 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados,

fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula “PISO DA CATEGORIA” da CCT vigente.

CLÁUSULA SÉTIMA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF JUIZ DE FORA

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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 pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2020 para este Termo Aditivo à CCT de 2020/2021. 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 pediatria, 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 apicolordotica, 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 Ultrasonografias do abdome superior, retroperitoneo, obstetrícia, tórax, próstata (abdominal) e globo ocular, desde que realizados um a cada três meses nas clínicas indicadas pelo convenio. O exame preventivo, desde que realizado um a cada seis meses nos laboratórios indicados pelo convenio. 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) Clinico Geral, de segunda a segunda-feira de 00:00hs as 07:00hs e aos feriados, 24h; Clínica Cem - Clinico 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, 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\$ 145,80 = R\$ 44,90 parte patronal + R\$28,00 parte empregado = R\$ 72,90,00 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\$ 72,90 (setenta e dois reais e noventa centavos)**, 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 deseje.

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\$ 28,00 (vinte e oito reais)**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)** por trabalhador beneficiário.

PARÁGRAFO QUARTO

I. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores da parte patronal e do trabalhador **R\$ 72,90 (setenta e dois reais e noventa centavos)**, em boletos mensais, que serão enviados separadamente pelo SINTIBREF-MG (**parte patronal = R\$ 44,90 e parte do trabalhador R\$ 28,00**), 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.

III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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\$28,00 (vinte e oito reais) – 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. 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\$ 56,00), 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA OITAVA - PAF PROBEN - CARTÃO DE BENEFÍCIOS SINTIBREF-MG VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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.

I) 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.

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

III) 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.

IV) 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.

V) O empregado representado se houver necessidade, poderá realizar mais de uma consulta por mês, desde arque 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.

VI) 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.

VII) 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 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. 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, 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\$ 89,80 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)** por empregado.

PARÁGRAFO TERCEIRO

I) A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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.

III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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. 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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 referência.

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, conveniados 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA NONA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF UBERLANDIA VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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 assembleia de 2012 e ratificada pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2020 para este Termo Aditivo à CCT de 2020/2021. 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 medica hospitalar, de diagnostico 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:

a. Os trabalhadores da categoria serão atendidos nos consultórios dos médicos do corpo clinico 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, Traumato-ortopedia e Urologia, desde que realizadas nos consultórios do corpo clinico 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 diagnostico**”, em regime de custo adicional, em numero ilimitado, através de serviços credenciados e de livre escolha, como segue: Serviço de diagnostico em Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Urologia, por imagem, serviço de laboratório de analise 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 medico do corpo clinico 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 da 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, na regional de Uberlândia (Av. João Pinheiro, 2.538, bairro Brasil) ou por e-mail: 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, 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\$ 258,80, sendo R\$ 44,90 parte patronal + R\$ 84,50 parte do empregado = R\$ 129,40 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\$ 75,40 (setenta e cinco reais e quarenta centavos), R\$ 129,40 (cento e vinte e nove reais e quarenta centavos) ou R\$ 217,40 (duzentos e dezessete reais e quarenta 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:	Soma Total
		Desconto em Folha	
0 A 18 ANOS	R\$ 44,90	R\$ 30,10	R\$ 75,00
19 A 58 ANOS	R\$ 44,90	R\$ 88,10	R\$ 133,00
A PARTIR DE 59 ANOS	R\$ 44,90	R\$ 183,10	R\$ 228,00

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 subsequentes 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 2021, com valor de **R\$ 30,10 (trinta reais e dez centavos)** na faixa etária de **0 a 18 anos**, **R\$ 88,10 (oitenta e oito reais e dez centavos)** na faixa etária de **19 a 58** e **R\$ 183,10 (cento e oitenta e três reais e dez 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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\$ 75,00** - 0 a 18 anos; **R\$ 133,00** – 19 a 58 anos; **R\$ 228,00** - acima de 59), somados ao valor da carteirinha, nos casos de primeira inclusão, em boletos mensais enviados separadamente pelo SINTIBREF-MG (**parte patronal = R\$ 44,90 e parte do empregado R\$ 30,10 ou R\$ 88,10 ou R\$ 183,10**), 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.

III. O valor a pagar será o resultado do número de empregados multiplicados ao valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)**. O boleto referente à parte empregado será o resultado do número de empregados sindicalizados vezes o valor **R\$ 30,10 ou R\$ 88,10 ou R\$ 183,10**, 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 o 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. 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\$ 61,00, R\$ 169,00 ou R\$ 345,00**), 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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, 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.

B – TANGARÁ

Aos trabalhadores da categoria que não optarem pelas opções A e C para Uberlândia, independente do motivo, fica garantido o direito a utilizar deste 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 á Rua das Perobas, 1000, Morada dos Pássaros – Uberlândia, nas seguintes condições:

a. 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.

b. Os trabalhadores da categoria que desejarem convidar poderão adquirir convites individuais no próprio clube e pagará de acordo com tabela apresentada pelo Tangará.

c. Os trabalhadores da categoria podem utilizar sem pagamento adicional o espaço físico para confraternização das empresas disponibilizado pelo Clube, conforme normas internas.

d. 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.

a. Até 50% de desconto no Hotel e Clube Privê de Caldas Novas. Reservas e informações através do numero: 0800 627575

b. 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

c. 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 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. 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 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 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\$ 89,80 = R\$ 44,90 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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\$ 25,00 (vinte e cinco 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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**.

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 **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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. 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.

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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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, 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

C – CARTÃO DE TODOS

Os trabalhadores da categoria poderão optar pela adesão as opções A, B e C previstas para Uberlândia, independente do motivo. Caso a opção seja a C, fica garantido o obrigatório o cumprimento do benefício CARTÃO DE TODOS a todos os trabalhadores, 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 do Cartão de Todos, nas especialidades de Angiologista, Alergista, Cardiologia, Clínico Geral, Dentista, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, Psicologia, Psiquiatria, Urologia, Geriatria, Pneumologia, além de exames laboratoriais, exames de imagem, procedimentos e aplicação de varizes. Os trabalhadores de nossa categoria e seus dependentes pagarão somente o valor entre **R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) a R\$ 32,00 (trinta e dois reais)** por consulta diretamente na clínica conveniada, exceto os exames laboratoriais, exames de imagem, aplicação de varizes e procedimentos, realizados nas clínicas credenciadas.

II) As consultas devem ser previamente agendadas junto ao **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 um boleto bancário emitido pelo Sintibref-MG o valor entre R\$24,00 á R\$32,00 correspondente à consulta agendada e faltosa, por meio de um e-mail enviado ao setor de 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.

III) 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.

IV) Os atendimentos serão realizados nas clínicas conveniadas ao Cartão de Todos, disponíveis em Uberlândia, e ainda em todo Estado de Minas Gerais, conforme divulgação no site: www.sintibref-minas.org.br ou telefone **0800 718 0889**.

V) 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.

VI) 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 ou através da Central de Atendimento 0800 283 8916.

VII) As clínicas conveniadas e especialidades e procedimentos cobertos, poderão sofrer alterações durante a 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-BH, cancelar seu contrato individual e regularizar eventuais pendências, para que possa fazer parte deste benefício gratuito e utilizá-lo na forma desta clausula.

IX) 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 e por telefone (31) 3423-8686.

X) 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.

XI) 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.

XII) Não haverá nenhuma contribuição adicional em valores para as consultas médicas das especialidades atendidas nas cidades de **UBERLANDIA**. O trabalhador representado e seus Dependentes, serão reembolsados no valor de R\$ 24,00 a 32,00 (a depender da especialidade) por consulta médica realizada e paga no ato do atendimento, pelo departamento de associados do SINTIBREF-MG.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

i.A Instituição empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: 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. 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, 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 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 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\$ 89,80 = R\$ 44,90 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\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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 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

O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)** por trabalhador.

PARÁGRAFO TERCEIRO

a. A Instituição deve realizar o pagamento dos valores de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa 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.

b. 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.

c. O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes o valor de **R\$ 44,90 (quarenta e quatro reais e noventa centavos)**.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. Em caso de inadimplemento a instituição é obrigada a reemitir o boleto através do site 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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, 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

**CLÁUSULA DÉCIMA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF MG VIGÊNCIA DA CLÁUSULA:
01/01/2021 a 31/12/2021**

Fica garantida a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Assistência Familiar – PAF MG a todo trabalhador de nossa categoria econômica conforme negociação coletiva para a CCT de 2013, aprovada em assembleia de 2012 e ratificada pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2020 para este Termo Aditivo à CCT de 2020/2021. 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:

l) 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:

a. 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, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologista, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Proctologia, 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\$ 24,00 (vinte e quatro reais) a R\$ 32,00 (trinta e dois 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, e-mail 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 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 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 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 da cobertura de assistência funeral por morte natural ou morte acidental previsto na alínea “x”, 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 da indenização da cobertura de assistência funeral por morte natural ou morte acidental previsto na alínea “x”, 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: 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. 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: 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 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 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\$ 47,60 = R\$ 23,80 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\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta centavos)** 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 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. Fica estabelecido que não haverá cobrança de uma nova taxa de carteirinha nos casos de transferência de empregados entre Filiais do mesmo CNPJ.

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\$ 33,80 (trinta e três reais e oitenta centavos)** 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\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta centavos)** mensais por trabalhador.

PARÁGRAFO QUARTO

I) A Instituição deve realizar o pagamento do valor **(R\$ 23,80)** 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**.

III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes ao valor de **R\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta 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 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. 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 e-mail: associadotodos@sintibref-minas.org.br ou tel: (31) 3423-8686 / 3586-6553 e ou retire pelo site: 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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.

PARÁGRAFO NONO

Será obrigatório o cumprimento da cláusula do benefício Cartão de Todos as instituições locadas nas cidades até 100km do pólo de atendimento (disponíveis no site: www.sintibref-minas.org.br), uma vez que o gasto para deslocamento continua sendo viável e altamente benéfico ao trabalhador e seus familiares. O trabalhador que está nas cidades com distância maior que 100km 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, 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - PROGRAMA DE ASSISTENCIA FAMILIAR – PAF GV

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

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 pelas assembleias posteriores, inclusive a do ano de 2020 para este Termo Aditivo à CCT de 2020/2021. 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, Virgolândia, conforme o abaixo. Faculta-se a entidade sindical, se necessário, a mudança de prestador durante a vigência desta CCT.

I) 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 no valor de **R\$100,00 (cem reais)** para as especialidades de Urologista e psiquiatria, e para as demais especialidades 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 médico 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)	PROTESE

PURA)	
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
	DENTISTICA

PINO DE RETENCAO INTRA RADICULAR DE FIBRA DE VIDRO	
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. 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 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 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 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 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, 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. 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\$ 81,20 = R\$ 23,80 + 16,80 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\$ 40,60 (trinta e quarenta reais e sessenta 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\$ 43,80 (quarenta e três reais e oitenta centavos)** 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\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta centavos)** 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\$ 16,80 (dezesesseis reais e oitenta 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\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta centavos)**, para utilização de **consultas, exames e procedimentos médicos**, e do valor de **R\$ 16,80 (dezesesseis reais e oitenta 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.

III) O valor a pagar será o resultado do número de empregados vezes ao valor de **R\$ 23,80 (vinte e três reais e oitenta centavos)** para os atendimentos médicos e **R\$ 16,80 (dezesesseis reais e oitenta 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. 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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

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 locadas nas

idades 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 distancia maior que 100km e desejar fazer uso do referido benefício, poderá fazê-lo e a instituição empregadora deverá cumprir a presente clausula.

a. 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.

b. 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 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.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR – PAF VIRTUAL

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

Na intenção de atingir todos os trabalhadores da categoria pelo PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR – PAF VIRTUAL, em todo o Estado, em atenção ao já garantido e negociado nas cláusulas do PAF – JF e PAF DEMAIS CIDADES DO ESTADO, o PAF VIRTUAL.

CIDADES DO ESTADO DE MINAS GERAIS NÃO CONTEMPLADAS PELOS DEMAIS PAF'S

O Sintibref-MG disponibiliza aos trabalhadores de nossa categoria econômica, atendimento à saúde, à distância através da Telemedicina e medicamentos genéricos gratuitos, em todas as cidades do Estado ainda não contempladas pelos PAF's já conquistados, desde que estejam acima de 100km dos polos de

atendimento, da seguinte forma:

I. **CONSULTA CLÍNICO GERAL E ESPECIALIDADE MÉDICA – TELEMEDICINA:** O trabalhador faz a Consulta Online pela plataforma e recebe a receita médica, atestado, pedido de exames validado com certificação e assinatura digital na própria plataforma por e-mail, whatsapp e link por SMS.

a. Caso o Clínico Geral encaminhe para alguma especialidade médica, a consulta será por agendamento, o trabalhador entra em contato com a Central de Atendimento para fazer o agendamento e a liberação da consulta com a especialidade médica.

b. A consulta será de forma on-line via celular ou site e devem ser previamente agendadas junto a Central de Atendimento via **telefone(whatsapp): (031) 4042-5046**, que será exclusiva para o trabalhador da categoria do Sintibref-MG, com horário de funcionamento de **09:00 às 18:00 de Segunda a Sexta-feira, exceto Sábado, Domingo e Feriado.**

c. Em caso de desistência ou impossibilidade de comparecimento deve-se informar em até 24 horas de antecedência a sua 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 de **R\$20,00 (vinte reais)** correspondente a consulta agendada e faltosa, por meio de e-mail pafvirtual@sintibref-minas.org.br enviado ao setor do PAF. Até que haja o devido pagamento o empregado representado ficará impedido de consultar, após o pagamento do referido boleto o 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.

d. Não haverá nenhuma contribuição adicional em valores para as consultas médicas por clinica médica e 1 por mês para especialidade.

e. As consultas são ilimitadas para a especialidade CLINICO GERAL e limitada a 1 por mês no caso de outras especialidades. Assim, toda e qualquer consulta deve passar por um clinico geral e se necessário encaminhara a um especialista.

f. A assinatura do médico é válida como assinatura de próprio punho, tanto para receitas, atestados e declarações médicas.

II. **BENEFÍCIO MEDICAMENTO PARA TODOS - ESTADO MINAS GERAIS:** O Benefício Medicamento para Todos oferece medicamentos Genéricos e Similares gratuitamente, desde que receitados pelos profissionais da referida TELEMEDICINA, garantida por este PAF-VIRTUAL.

a. O trabalhador solicitará seu medicamento à Central de Atendimento via **telefone(whatsapp): (031) 4042-5046**, que será exclusiva para o trabalhador da categoria do Sintibref-MG, com horário de funcionamento de **09:00 às 18:00 de Segunda a Sexta-feira exceto Sábado, Domingo e Feriado.**

b. Após confirmações dos dados do empregado e da disponibilidade do medicamento receitado, o medicamento solicitado será entregue no prazo de 2 à 5 dias úteis no endereço informado pelo trabalhador nas cidades acima referenciadas do Estado de Minas Gerais e será retida a receita médica no ato da entrega do medicamento pelo entregador, quando necessário.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

I) A Instituição Empregadora deverá informar ao SINTIBREF-MG pelo e-mail: pafvirtual@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. 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: **pafvirtual@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 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\$ 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, 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

I) A Instituição deve realizar o pagamento do valor **R\$ 20,00 (vinte reais)** correspondente a inclusão do trabalhador, 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**.

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 dos recebimentos de medicamentos, do tratamento médico em andamento e impossibilidade de agendamento de novas consultas, bem como custos advindos da inadimplência, sendo que 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. 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 TERCEIRO

São considerados dependentes dos trabalhadores da categoria casados ou por união estável, os filhos e cônjuges, e aos trabalhadores solteiros, os pais.

A) 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 QUARTO

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 QUINTO

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 e-mail 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. Fica estipulado que as Instituições Empregadoras devem enviar para verificação do plano próprio todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação de plano próprio ou de envio de permanência, a cada data base.

PARÁGRAFO SEXTO

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

clausula. Também é direito do trabalhador, incluir sua família para exercício do mesmo, e para tal, deve preencher ficha de adesão disponível no site: www.sintibref-minas.org.br.

PARÁGRAFO SÉTIMO

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 OITAVO

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 NONO

Por se tratar de benefício concedido aos trabalhadores, convencionado coletivamente (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.

PARÁGRAFO DÉCIMO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

Seguro de Vida

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SEGURO DE VIDA EM GRUPO

VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

Fica estabelecida a obrigatoriedade de cumprimento do benefício Seguro de Vida em Grupo, aos empregados e Instituições, garantindo melhores condições à categoria e concedendo vantagens e segurança aos trabalhadores, devendo ser cumprida nas seguintes condições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

SEGURO DE VIDA EM GRUPO			
	TITULAR	CÔNJUGE	FILHOS
	R\$	R\$	R\$
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
DOENÇAS GRAVES: Neoplasia, cardíaca, AVC, cegueira, Glaucoma, Respiratório, Alzheimer, Renal, Parkinson, Esclerose.	16.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
ASSISTENCIA 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/RESIDÊNCIA EM CASO DE IPA ATÉ	2.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM

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

A cobertura de morte extensiva aos filhos é válida somente para maiores de 14 anos e com até 21 anos sendo solteiro, ou até 24 anos comprovadamente na condição de estudante universitário. Menores de 14 anos possuem apenas direito a reembolso de funeral, conforme normas da SUSEP, sendo assim não caberá indenização para estes casos.

Em caso de suicídio, o segurado precisará ter no mínimo 24 meses de contribuição no seguro para recebimento da indenização.

PARÁGRAFO SEGUNDO

I) A Instituição empregadora deverá informar através do e-mail: cadastro@centraldosbeneficios.com.br, a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 de cada mês, para o e-mail: cadastrovg@proagirbeneficios.com.br as seguintes informações sobre todos os empregados: **NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, TELEFONE CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, DATA DE ADMISSÃO E OU DEMISSAO.** Caso o dia padrão para envio seja finais de semana ou feriado, o envio deve ser antecipado para o último 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.

II) A não informação por parte da Instituição empregadora dos empregados admitidos dentro de cada mês, até o vigésimo quinto dia do mês vigente, para inclusão e utilização no referido benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, 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.

III) 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 empregadora 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 sindicato. As informações dos empregados admitidos e demitidos deverão ser enviadas dentro do prazo acima referido para emissão e ou baixa do Certificado Individual do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais.

PARÁGRAFO TERCEIRO

I. Para garantia das coberturas contratadas por intermédio desta negociação coletiva, a Instituição empregadora deverá proceder ao pagamento do valor de **R\$ 9,24 (nove reais e vinte quatro centavos)** por cada empregado, através de boleto bancário enviado **mensalmente via e-mail**.

II. As Instituições se comprometem a arcar com o custo de no mínimo **R\$ 4,62 (quatro reais e sessenta e dois centavos)** para cada um dos seus empregados mensalmente. Os empregados arcarão com o custo máximo de **R\$ 4,62 (quatro reais e sessenta e dois centavos)** cada, mensalmente.

III. Caso a Instituição empregadora não receba os boletos até 5 dias antes do vencimento deverá solicitá-los através do telefone: **(31) 3297-5353** (WhatsApp) ou e-mail: cobranca@centraldosbeneficios.com.br.

PARÁGRAFO QUARTO

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 têm 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, independentemente da idade. No caso dos afastados por doença, após a inclusão, a Instituição empregadora 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 Instituição empregadora. Caso o empregado tenha trabalhado na Instituição empregadora 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.

PARAGRAFO QUINTO

As instituições que oferecem Seguro de Vida em Grupo aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, desde que comprovem que as coberturas e vantagens adicionais 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 em Grupo oferecido, a Instituição empregadora deverá enviar para o e-mail: analise@sintibref-minas.org.br, cópia do contrato, apólice ou proposta com o prestador de serviço, relação de empregados que utilizam/utilizarão o benefício e o último boleto pago ao prestador de serviço com autenticação bancária legível, e especificar qual percentual ou custo pago pelas partes (empregado e empregador), além de quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores. Fica estipulado que as Instituições empregadoras devem enviar para verificação todos os documentos para análise e conclusão do processo em até 60 (sessenta) dias da data da contratação do seguro ou de envio de permanência, a cada data base.

PARÁGRAFO SEXTO

Cada segurado deverá receber um Certificado Individual do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais expedido pela seguradora em até 60 dias do envio da listagem pela Instituição empregadora.

PARÁGRAFO SÉTIMO

O presente benefício, Seguro de Vida em Grupo, aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: por tempo indeterminado, por prazo determinado, incluindo período de experiência, temporário e outros.

PARÁGRAFO OITAVO

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 inadimplente. Após a quitação de toda a pendência a Instituição empregadora deverá enviar a relação de empregados atualizada para reinclusão. Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição empregadora 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 CCT, o que não isenta à Instituição empregadora da obrigatoriedade da quitação de pagamento(s) pendente(s).

PARÁGRAFO NONO

Caso a entidade fique inadimplente e tenha algum empregado segurado com idade igual ou superior a **70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias** e/ou que esteja afastado, o mesmo não poderá ser reincluído no Seguro de Vida em Grupo, mesmo que a Instituição empregadora regularize suas pendências. **Os demais empregados não afastados serão reincluídos após o envio da listagem completa, lembrando que, caso ocorra algum sinistro, a responsabilidade pela indenização do empregado com idade igual ou superior a 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias e/ou afastado será da Instituição empregadora.**

PARÁGRAFO DÉCIMO

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 em Grupo é necessário o cumprimento, por parte da Instituição empregadora, o envio da listagem nos prazos estipulados e os pagamentos conforme cláusulas do Seguro de Vida em Grupo.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

As Instituições empregadoras detêm a prerrogativa de descontar dos trabalhadores até 50% do valor do referido Seguro de Vida em Grupo (SVG). Para tanto, cabe ao empregador possuir a adesão formal do empregado para pagamento de parte do presente Seguro de Vida em Grupo, conforme aprovado em assembleia desde sua inclusão em CCT. A falta da autorização de compartilhamento não exime as Instituições empregadoras do cumprimento integral desta cláusula, visto que o descumprimento enseja em responsabilização civil de reparar o dano ao trabalhador prejudicado, bem como, as penalidades previstas neste Instrumento Coletivo.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

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 empregadora deverá custear integralmente o referido benefício.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

A Instituição empregadora, por liberalidade, poderá incluir seus voluntários no benefício Seguro de Vida em Grupo, 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 DÉCIMO QUARTO

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.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO

A Instituição empregadora deverá preencher o Termo de Adesão encaminhado pela Administradora ou solicitado pelo e-mail: cadastro@centraldosbeneficios.com.br . O preenchimento e aceite são obrigatórios devido à natureza da CCT.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO

Fica facultado às Instituições conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque dos mesmos, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula "PISO DA CATEGORIA" da CCT vigente.

Outros Auxílios

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - BEM ESTAR SOCIAL VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

Fica estabelecida a obrigatoriedade de cumprimento do benefício Bem-Estar Social, aos empregados e Instituições empregadoras, garantindo melhores condições à categoria e concedendo vantagens e segurança aos trabalhadores e empregadores, devendo ser cumprida nas condições a seguir.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Plano OURO

ASSISTÊNCIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
BENEFÍCIO KIT NATALIDADE	R\$ 450,00	-	Nascimento de filho(a) da empregada titular.
BENEFÍCIO CESTA BÁSICA	R\$ 500,00	1	Afastamento por doença por período superior a 60 dias.
BENEFÍCIO PÓS-CIRÚRGICO	R\$ 500,00	1	Afastamento por acidente por período superior a 30 dias, seguido de procedimento cirúrgico.
BENEFÍCIO ORTOPÉDICO	Até R\$ 600,00	1	Afastamento por acidente por período superior a 30 dias, com locação ou compra de aparelhos.
BENEFÍCIO ALIMENTAR POR AFASTAMENTO	R\$ 1.000,00	1	Afastamento por doença por período superior a 90 dias.
BENEFÍCIO CRECHE	R\$ 600,00	1	Matrícula do(a) filho(a) em creche particular.
BENEFÍCIO CASAMENTO	R\$ 900,00	1	Em caso de casamento do titular.
BENEFÍCIO PSICOLÓGICO SOLIDÁRIO	Até R\$ 1.350,00	-	Afastamento por período superior a 150 dias, com acompanhamento com psiquiatra ou psicólogo.
BENEFÍCIO APOSENTADORIA	R\$ 2.000,00	1	Aposentadoria do titular.
BENEFÍCIO KIT ESCOLA	Até R\$ 500,00	1	Aquisição de material escolar de filho(s) matriculado(s) em escola particular no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano).

BENEFÍCIO NUTRICIONAL	-	-	Disponibiliza apoio nutricional ao titular por telefone.
BENEFÍCIO FITNESS	-	-	Disponibiliza assistência “personal fitness” ao titular por telefone.
BENEFÍCIO ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	-	-	Disponibiliza apoio psicológico ao titular por telefone ou videochamada, priorizando a saúde mental.
ASSISTÊNCIA JURÍDICA	-	-	Disponibiliza orientação jurídica on-line ao titular (chat ou parecer).
CLUBE DE VANTAGENS	-	-	Rede nacional de descontos.
COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR		DESCRIÇÃO
MORTE ACIDENTAL - MA	R\$ 5.000,00		Morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA	Até 30 diárias de R\$ 200,00 cada		Em caso de hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
4 SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)	R\$ 500,00		Valores líquidos de Imposto de Renda.
ASSISTÊNCIAS PARA AS INSTITUIÇÕES EMPREGADORAS			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	R\$ 2.000,00	1	Pagamento de rescisão de empregado com no mínimo sete anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO	R\$ 1.000,00	1	Verba para treinamento em razão da admissão de trabalhador acima de 60 anos ou que tenha deficiência.
REEMBOLSO DE LICENÇA-PATERNIDADE	R\$ 450,00	1	Licença do empregado titular.
REEMBOLSO DE LICENÇA-MATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença da empregada titular.
REEMBOLSO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE	R\$ 1.500,00	1	Afastamento do titular por acidente, superior a 30 dias.
COBERTURA SECURITÁRIA PARA AS INSTITUIÇÕES EMPREGADORAS			
BENEFÍCIOS	VALOR		DESCRIÇÃO
RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL	Até R\$ 2.000,00		Reembolso de despesas com pagamento de verbas rescisórias, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos.

PARÁGRAFO SEGUNDO

I. 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.

II. O empregador, obrigatoriamente, contribuirá com o valor mensal de **R\$ 21,00 (vinte e um reais)** por empregado.

III. A Instituição deverá proceder o pagamento até o dia 10 do mês seguinte à inclusão do empregado na lista para exercício do benefício, através de boleto bancário, enviado previamente através da Administradora.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A Instituição Empregadora deverá informar por meio de planilha padrão disponível no site do Sindicato, os dados dos empregados (**NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, TELEFONE CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, DATA DE ADMISSÃO E OU DEMISSÃO**) através do e-mail: cadastro@centraldosbeneficios.com.br, até o dia 25 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 para o último 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.

PARÁGRAFO QUARTO

Para garantia das coberturas e assistência contratadas por intermédio desta negociação coletiva, a Instituição empregadora deverá proceder ao pagamento do valor estipulado para o benefício por cada empregado, através de boleto bancário enviado **mensalmente via e-mail**. Caso a Instituição empregadora não receba o boleto até 5 dias antes do vencimento deverá solicitá-lo através do telefone: (31) 3297-5353 ou e-mail: cobranca@centraldosbeneficios.com.br.

PARÁGRAFO QUINTO

No caso de trabalhadores afastados antes do início do BEM-ESTAR SOCIAL, a Instituição empregadora 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 continua responsável pelo pagamento da mensalidade dos mesmos. **Caso o empregado tenha trabalhado na Instituição empregadora no mínimo um dia, ele ficará ativo no benefício até o último dia do mês, sendo assim, o nome dele constará no boleto de vigência referente ao mês coberto, lembrando que a Instituição empregadora deverá informar a demissão no prazo correto.**

PARÁGRAFO SEXTO

A Instituição empregadora se compromete a arcar com o custo integral do referido benefício, conforme valor definido, para cada um dos seus empregados, mensalmente.

PARÁGRAFO SÉTIMO

A inadimplência de qualquer boleto em atraso igual ou superior a 20 (vinte) dias do vencimento original acarretará a suspensão de todos os empregados no benefício. Após a quitação de todas as pendências, a Instituição empregadora deverá encaminhar a relação de empregados atualizada para reinclusão, e eles serão incluídos com nova data de vigência. Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição empregadora é 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 ativo no benefício, a título de indenização. Em função da continuidade da inadimplência a cobrança será judicial, e ainda, o título poderá ser

protestado, por descumprimento desta CCT, o que não isenta à Instituição empregadora da quitação de pagamento(s) pendente(s).

PARÁGRAFO OITAVO

Todos os empregados receberão um Certificado Individual expedido pela seguradora. Todas as coberturas securitárias são garantidas por seguradora habilitada pela SUSEP. Caso necessite das Condições Gerais solicite pelo e-mail certificados@centraldosbeneficios.com.br.

PARÁGRAFO NONO

O presente benefício, Bem-Estar Social, aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: contrato de trabalho por tempo indeterminado, por prazo determinado, incluindo período de experiência, temporário e outros

PARÁGRAFO DÉCIMO

As Instituições empregadoras que oferecem os mesmos benefícios previstos nesta cláusula aos seus empregados por meio de outro prestador contratado, ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, desde que comprovem que a empresa contratada garante o pagamento dos benefícios e vantagens previstos no parágrafo primeiro desta cláusula e que não sejam inferiores e/ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício contratado. Para análise das condições do benefício oferecido, a Instituição empregadora deve enviar para o e-mail: analise@sintibref-minas.org.br, cópia do contrato ou proposta com o prestador de serviço, a relação dos empregados que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

A Instituição empregadora deverá preencher o Termo de Adesão encaminhado pela Administradora ou solicitado pelo e-mail: cadastro@centraldosbeneficios.com.br . O preenchimento e aceite são obrigatórios devido à natureza da CCT.

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

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, bem como permanece regulamente responsável pelo descumprimento da presente CCT, assumindo todo ônus pelo indevido descumprimento.

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

Em virtude do descumprimento e manifesta lesão ao direito coletivo dos empregados, a Instituição empregadora fica obrigada a reparar o dano e indenizar o empregado em 10% (dez por cento) do valor total de todos os eventos, multiplicado pelo número de empregados, sem prejuízo da aplicação da cláusula de penalidade prevista nesta convenção.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO

Fica facultado às Instituições empregadoras conveniadas com o poder público, integrar aos salários dos empregados o valor deste benefício, de obrigação do empregador, e que tais valores deverão ser descontados dos empregados, fazendo constar no contracheque deles, conforme estipulado no parágrafo segundo da cláusula “PISO DA CATEGORIA” da CCT vigente.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO

O não cumprimento por parte da Instituição empregadora, do envio 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 pagar o valor do benefício a entidade sindical, como penalidade específica pelo descumprimento desta obrigação coletiva e por prejudicar tanto a utilização pelo empregado quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, sem prejuízo do oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado e aplicação das demais penalidades revertidas ao trabalhador prevista nesta cláusula e no constantes do instrumento coletivo.

Contrato de Trabalho – Admissão, Demissão, Modalidades

Outras normas referentes a admissão, demissão e modalidades de contratação

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - RESCISÃO POR MÚTUO ACORDO

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em alterar a **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - RESCISÃO POR MÚTUO ACORDO** da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo:

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 PRIMEIRO

Caso o término do contrato, ainda que rescindido por mútuo 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.

PARAGRAFO SEGUNDO

As partes acordam que nos casos de rescisão de mútuo acordo de Empregado portador de estabilidade será devido ao mesmo uma indenização de 50% (cinquenta por cento) equivalente ao período restante de estabilidade.

Jornada de Trabalho – Duração, Distribuição, Controle, Faltas

Compensação de Jornada

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - COMPENSAÇÃO MENSAL DE HORAS EXTRAS

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em incluir o **PARÁGRAFO SÉTIMO** na

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SÉTIMA - COMPENSAÇÃO MENSAL DE HORAS EXTRAS da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo, permanecendo sem alteração as demais condições da cláusula referência:

PARAGRAFO SÉTIMO

Nos termos do artigo 611-A, da CLT, inciso XIII, fica permitida, com base na CCT em vigência, a prorrogação e a compensação de jornada em ambientes insalubres, inclusive o banco de horas, sem licença prévia das autoridades competentes do Ministério do Trabalho.

Outras disposições sobre jornada

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - JORNADA ESPECIAL DE 12 X 36 HORAS

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em alterar o **PARÁGRAFO NONO DA CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA - JORNADA ESPECIAL DE 12 X 36 HORAS** da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo, permanecendo sem alteração as demais condições da cláusula referência:

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 Instituição Empregadora desde que haja comunicação ao empregador dentro de 48 horas da troca do plantão.

Saúde e Segurança do Trabalhador

Aceitação de Atestados Médicos

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em renomear o **PARÁGRAFO ÚNICO em PARÁGRAFO PRIMEIRO** e incluir o **PARÁGRAFO SEGUNDO e PARÁGRAFO TERCEIRO** na **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA OITAVA - ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO** da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo, permanecendo sem alteração as demais condições da cláusula referência:

PARÁGRFO PRIMEIRO

Tendo em vista o art. 5º, X, CF/88 e a Resolução [1685/2002](#) CFM que protegem a intimidade e à privacidade do empregado, além do seu direito em divulgar ou não informações sobre seu estado de saúde quando faltar

ao trabalho por motivo de doença e considerando o dever do médico em respeitá-los, a falta do Código Internacional de Doença – CID nos atestados médicos concedidos, não invalida o atestado permanecendo ainda como justificativa, para fins de abono de falta no serviço ou horas não trabalhadas.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os atestados deverão ser entregues a Instituição Empregadora em até 03 (três) dias contados de sua emissão.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Na impossibilidade de locomoção do empregado, o atestado médico poderá ser entregue, no prazo a que se refere o parágrafo anterior, por qualquer pessoa.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO DE ACOMPANHAMENTO

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em incluir o **PARÁGRAFO PRIMEIRO e PARÁGRAFO SEGUNDO** na **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA NONA - ATESTADO MÉDICO E ODONTOLÓGICO DE ACOMPANHAMENTO** da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo, permanecendo sem alteração as demais condições da cláusula referência:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os atestados ou declarações médicas (somente consultas) deverão ser entregues a Instituição Empregadora em até 03 (três) dias contados de sua emissão.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Na impossibilidade de locomoção do empregado, os atestados ou declarações médicas (somente consultas) poderão ser entregues, no prazo a que se refere o parágrafo anterior, por qualquer pessoa.

Relações Sindicais

Contribuições Sindicais

CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTRIBUIÇÃO NEGOCIAL SOLIDÁRIA (CNS) VIGÊNCIA DA CLÁUSULA: 01/01/2021 a 31/12/2021

Por força do art. 513, “e” da CLT e da Nota Técnica nº 02/2018 do CONALIS – MPT, que garante ao sindicato

profissional a prerrogativa de impor contribuições à categoria representada e a previsão constitucional do art. 7º inciso XXVI e art. 8º, inciso IV, da CF/88 que estabelece o reconhecimento constitucional e legal da norma coletiva e da soberania da assembleia em instituir contribuições, especialmente para custeio de luta sindical para negociação coletiva, com base no princípio da liberdade sindical preconizado na OIT e 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\$ 33,00 (trinta e três reais)** no ano de 2021, por empregado, que será descontado no salário do mês de **FEVEREIRO de 2021** em reconhecimento a negociação coletiva e ao seu alcance a todos os empregados integrantes da categoria econômica.

PARAGRAFO SEGUNDO

As importâncias descontadas deverão ser recolhidas até o dia 10 (dez) do mês subsequente aos descontos, respectivamente no mês de **MARÇO de 2021**, 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 E-mail: arrecadacao@sintibref-minas.org.br ou extraordinariamente por correios e neste caso somente se a instituição não possuir meios eletrônicos à Rua Rodrigues Caldas, nº 703, Santo Agostinho - CEP 30190-120 – BELO HORIZONTE/MG, cópia de comprovação dos recolhimentos, juntamente com a relação nominal dos empregados e CAGED ou GFIP do mês de desconto, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o respectivo desconto.

PARÁGRAFO TERCEIRO

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 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), juros moratórios de 0,033% ao dia, sobre o valor principal conforme descrito no corpo do boleto, imputável às Instituições.

PARÁGRAFO SEXTO

Fica assegurado ao empregado(a) 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 à CCT 2020/2021 no Ministério do Trabalho e Emprego. Os empregados(as) admitidos(as) após o registro do presente Termo Aditivo à CCT 2020/2021 no Ministério do Trabalho e Emprego, terão 10 (dez) dias a contar de sua admissão, para exercer o seu direito de

se opor ao referido desconto, e apresente junto com a oposição cópia do Contrato de Trabalho previsto na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), com a respectiva Instituição Empregadora contratante da categoria. Para os empregados afastados por motivo de doença pelo INSS ou que estejam com atestado médico durante todo o período de oposição, o prazo será de 10 (dez) dias contados a partir de seu retorno ao trabalho, desde que junto com a oposição seja juntada uma cópia da comprovação do afastamento. 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.

PARÁGRAFO SÉTIMO

Aos empregados admitidos após o mês de **FEVEREIRO DE 2021**, será descontado o valor referente à **CONTRIBUIÇÃO NEGOCIAL SOLIDÁRIA (CNS)**, no mês subsequente ao de sua admissão e seu repasse ao SINTIBREF-MG se dará no mês seguinte ao desconto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA TAXA NEGOCIAL PATRONAL

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam em alterar todo teor da **CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA QUINTA - DA TAXA NEGOCIAL PATRONAL da CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, e **CLÁUSULA QUINTA - DA TAXA NEGOCIAL PATRONAL, do TERMO ADITIVO A CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021(NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG000885/2020)**, nas seguintes condições abaixo:

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 representada e em cumprimento à deliberação da Assembleia Geral, órgão máximo e supremo do Sindicato Patronal, ao artigo 7º, XXVI; artigo 8º, IV e VI; todos eles da Constituição Federal, a Taxa Negocial Patronal, para todas as instituições beneficentes, religiosas e filantrópicas – associações privadas, fundações privadas e organizações religiosas, todas sem fins econômicos, que será dividida em três parcelas anuais, a favor do sindicato patronal.

PARAGRAFO PRIMEIRO

As Instituições que não tem empregados, desde que apresentem obrigatoriamente ao SINIBREF a cópia da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) negativa, recolherão três parcelas anuais, sendo cada uma no valor de R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) com vencimentos em 15/02/2021, 15/06/2021 e 15/10/2021.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As Instituições 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 15/02/2021, 15/06/2021 e 15/10/2021.

PARÁGRAFO TERCEIRO

As instituições 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 e Janeiro, Maio e Setembro de 2020 efetuando os pagamentos em 15/02/2021, 15/06/2021 e 15/10/2021.

PARÁGRAFO QUARTO

Fica convencionado que, em nenhuma hipótese, as Instituições que possuem empregados recolherão parcelas inferiores a R\$ 170,00 (cento e setenta reais).

PARÁGRAFO QUINTO

As guias poderão ser geradas no site do SINIBREF-MG (www.sinibref.com.br) ou por solicitação através dos telefones: (31)3241-2029/(34)3277-0400 ou pelo e-mail: financeiro@sinibref.org

Disposições Gerais

Outras Disposições

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - FORO DE ELEIÇÃO PARA CONFLITOS COLETIVOS

As partes privilegiam o diálogo para solução de conflitos trabalhistas, individuais e coletivos, na intenção de evitar a judicialização das demandas. As divergências relacionadas ao cumprimento da lei trabalhista, inclusive os da convenção coletiva serão, prioritariamente, tratados pelos institutos da mediação/conciliação através de câmara jurídica extrajudicial. No caso de não lograrem êxito, as partes, poderão ainda, em comum acordo, eleger a Arbitragem para solução dos conflitos, que será realizada pela Câmara escolhida.

PARAGRAFO ÚNICO

Em nome do continuado relacionamento e atendendo às obrigações legais, as partes, nomeiam e constituem a Moderar Câmara Jurídica, com sede em Belo Horizonte/MG, para resolução dos conflitos, inclusive Arbitragem, que será regida nos termos de seu Regulamento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

Todo e qualquer tratamento de dados pessoais e sensíveis de trabalhadores e empregadores obtidos em decorrência da presente CCT tem como base autorizativa não somente a necessidade de execução da própria CCT, mas também o cumprimento de obrigação legal trabalhista, garantida constitucionalmente no art. 8º CF e art. 611-A CLT, estando, portanto, em estrita consonância com os ditames legais previstos no art. 7º, II e V da LGPD. As partes signatárias deste instrumento, bem como os demais parceiros envolvidos se comprometem a tratar referidos dados sob a égide da LGPD, garantindo assim a proteção, a privacidade e os demais direitos fundamentais dos trabalhadores e empregadores, conforme previsto no art. 2º da referida lei.

PARÁGRAFO ÚNICO

As formas de tratamento de dados pessoais e sensíveis mencionadas neste instrumento poderão sofrer modificações caso haja necessidade de melhor adequação aos princípios determinados pela LGPD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - FERIADO DA CATEGORIA

Pelo presente instrumento aditivo vigente, as partes acordam o teor do “CAPUT” da **CLÁUSULA SEXAGÉSIMA TERCEIRA - FERIADO DA CATEGORIA** da **CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2021 (NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: MG004775/2019)**, nas seguintes condições abaixo:

Fica estabelecido que o dia dos **Empregados em Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas** será comemorado na **segunda-feira de carnaval**, sendo que no ano de **2020** será no dia **24 de Fevereiro**, e no ano de **2021, devido a pandemia de Covid-19, o feriado da categoria será segunda-feira de carnaval quando for estabelecido pelos Decretos Municipais, Estaduais ou Federais**, para efeito de gozo de folga deste dia como não trabalhado.

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 DA ASSEMBLEIA GERAL DOS EMPREGADOS - SINTIBREF MG

[Anexo \(PDF\)](#)

ANEXO II - ATA DA ASSEMBLEIA GERAL DAS INSTITUIÇÕES - SINIBREF MG

[Anexo \(PDF\)](#)

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Ministério da Economia na Internet, no endereço <http://www.mte.gov.br>.