TERMO ADITIVO A CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2020/2020

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: MR001804/2020
DATA E HORÁRIO DA TRANSMISSÃO: 05/02/2020 ÀS 11:14
NÚMERO DO PROCESSO: 13040.100405/2020-74
DATA DO PROTOCOLO: 06/02/2020

NÚMERO DO PROCESSO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 13040.101765/2019-50
DATA DE REGISTRO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 26/12/2019
SINDICATO DOS EMPREGADOS EM AG DE TUR C DE D O B R ES, CNPJ n. 36.330.553/0001-50, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). JULIMAR GARCIA;

E

SINDICATO PATRONAL DOS SALOES DE CAB P/HOM, INST DE BELEZA E CAB P/SENH, CASAS DE DIV, INST BENEFI, RELIG E FILAN, LAV, EMPRESAS DE LOC, COMPRA, VENDA E ADM, CNPJ n. 36.329.522/0001-89, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). ADELMO CAMILO PEREIRA;

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 2020 a 31 de dezembro de 2020 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) **Profissionais dos Empregados em Empresas de Turismo, Casas de Diversões, Lavanderias e Similares, exceto a Região Sul do Espírito Santo**, com abrangência territorial em Afonso Cláudio/ES, Água Doce do Norte/ES, Água Branca/ES, Alto Rio Novo/ES, Aracruz/ES, Baixo Guandu/ES, Barra de São Francisco/ES, Boa Esperança/ES, Bom Jesus do Norte/ES, Colatina/ES, Conceição da Barra/ES, Domingos Martins/ES, Ecoporanga/ES, Fundão/ES, Governador Lindenberg/ES, Ibirapuçu/ES, Itaguaçu/ES, Itarana/ES, Jaguaré/ES, João Neiva/ES, Laranja da Terra/ES, Linhares/ES, Mantenedópolis/ES, Marechal Floriano/ES, Marilândia/ES, Montanha/ES, Mucurici/ES, Nova Venécia/ES, Pancas/ES, Pedro Canário/ES, Pinheiros/ES, Ponto Belo/ES, Rio Bananal/ES, Santa Leopoldina/ES, Santa Maria de Jetibá/ES, Santa Teresa/ES, São Domingos do Norte/ES, São Gabriel da Palha/ES, São Mateus/ES, São Roque do Canaã/ES, Serra/ES, Sooretama/ES, Viana/ES, Vila Velha/ES e Vitória/ES.

**GRATIFICAÇÕES, ADICIONAIS, AUXÍLIOS E OUTROS
AUXÍLIO SAÚDE****CLÁUSULA TERCEIRA - PLANO ODONTOLÓGICO FACULTATIVO**

A partir de janeiro de 2020, fica instituído por liberalidade do empregador, um Plano Odontológico para os empregados das Empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul. A partir da vigência desta cláusula, 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 as empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul, por liberalidade em relação aos dependentes, assumir tais custos. Os procedimentos cobertos tanto para empregados quanto dependentes seguem o Rol mínimo da ANS, abaixo elencados:

CIRURGIA, DENTISTICA, DIAGNOSTICO, ENDODONTIA, ODONTOPEDIATRIA, PACIENTES ESPECIAIS, PROTESE, PERIODONTIA, RADIOLOGIA, URGENCIA, PREVENÇÃO EM SAUDE BUCAL.

I - O SINTIBREF estabeleceu parceria com a **Win Administradora de Benefícios**, através da operadora contratada, para atendimento de seus representados.

II –AS INSTITUIÇÕES poderão optar por outro plano odontológico, que não o da parceria já mencionada, desde que os benefícios não sejam inferiores e ou em menor quantidade dos que estão elencados no citado **Rol de Procedimentos Cobertos** e ainda que não haja prejuízo econômico aos empregados. Este procedimento deve ser realizado anualmente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

I) Para nova inclusão, admissão ou demissão a instituição empregadora deverá enviar os dados listados abaixo para o setor de cadastro. Os dados necessários para cumprimento do benefício são: NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO COM CEP, TELEFONE RESIDENCIAL, TELEFONE CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, DATA DE ADMISSÃO E OU DEMISSÃO por determinação da ANS – Agência Nacional de Saúde. A responsabilidade pelo envio das listagens com todos os dados completos dos empregados é da Empresa Empregadora. Havendo dados incompletos de um ou mais empregados, estes não serão incluídos na lista de utilização, e neste caso, a Empresa arcará com as penalidades por descumprimento da CCT. Lembrando que as novas inclusões, admissões e ou demissões **só serão realizadas** usando o **formulário padrão**. **Caso não o tenha solicite pelo e-mail :** odonto@winadm.com.br

II) As empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul deverão informar através do e-mail: odonto@winadm.com.br até o dia 25 (vigésimo quinto) de cada mês, os empregados admitidos e ou demitidos, lembrando que caso o dia padrão para envio seja finais de semana ou feriado o envio deve ser antecipado ou seja 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 consequentemente nas notas fiscais.

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

IV) O SINTIBREF se responsabiliza pelo fiel cumprimento do plano odontológico de cada um dos empregados, bem como de seus dependentes, para tanto, a empresa deverá **proceder ao pagamento de R\$ 15,50 (quinze reais e cinquenta centavos)** por cada empregado no prazo e forma estabelecido abaixo, desde que a empresa atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 (vigésimo quinto) de cada mês.

PARÁGRAFO TERCEIRO

I) O custo do referido benefício para o empregador por empregado, será de **R\$ 15,50 (quinze reais e cinquenta centavos)** ao mês.

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

III) A administradora encaminhará a cada empresa empregadora mensalmente (via e-mail), os boletos para pagamento, com vencimento dia 10 (dez). O boleto irá preenchido com o valor a pagar, mediante a atualização enviada até o dia 25 (vigésimo quinto) do mês anterior. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à Empresa solicitar através do telefone: 4000-1055 (Capitais e regiões metropolitanas) e 0800-9410-123 (demais regiões) ou e-mail: cobranca@winadm.com.br

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

PARÁGRAFO QUARTO

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

PARÁGRAFO QUINTO

I) Aos empregados que desejarem a inclusão de seus **dependentes** devem preencher ficha própria de adesão autorizando o desconto em folha de pagamento, juntamente com o empregador (responsável pela Empresa) que também deve assinar o termo de adesão. Após termo preenchido e assinado pelas partes, deve-se enviar cópia do termo a administradora, para o e-mail: odonto@winadm.com.br sendo que o original deve permanecer na Empresa. As instituições ficam obrigadas a descontar tais valores do titular do

plano, e, realizar o pagamento no boleto do plano odontológico. A ficha e as regras para inclusão de dependentes podem ser solicitadas pelo e-mail: odonto@winadm.com.br através do telefone: 4000-1055 (Capitais e regiões metropolitanas) e 0800-9410-123 (demais regiões). O prazo mínimo de permanência do dependente é de 12 meses a contar da assinatura do termo de adesão e havendo utilização do convênio, contar-se-á o prazo a partir da última consulta/procedimento realizado pelo usuário dependente.

II) Para agilizar e melhorar o atendimento, dentistas credenciados realizarão atendimento apenas com número do CPF ou código de consulta do beneficiário não temos a emissão e envio da carteirinha física. O código de consulta pode ser obtido via telefone: 3003-3422, 08007463422 ou pelo aplicativo da operadora. Para maiores informações entre em contato com o setor Comercial na Administradora pelo telefone: (31)3297-5353, 4000-1055 (Capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-9410-123 (demais regiões)

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

PARÁGRAFO SEXTO

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

PARÁGRAFO SETIMO – INADIMPLÊNCIA

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

PARÁGRAFO OITAVO

As instituições que oferecem plano odontológico aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, **desde que comprovem a permanência do benefício contratado.** Para análise das condições do plano odontológico oferecido, a entidade deve enviar ao sindicato, 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 (empregado e empregador), e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

PARÁGRAFO NONO

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

SEGURO DE VIDA

CLÁUSULA QUARTA - BEM ESTAR SOCIAL

As partes acordam que a partir de 01 de janeiro de 2020, fica garantido aos empregados e empregadores o benefício "Bem-Estar Social", que visa garantir melhores condições à categoria, concedendo vantagens e segurança aos trabalhadores e empregadores, devendo ser cumprida pelas empresas as seguintes condições:

REGRAS DE UTILIZAÇÃO:

I) A partir da vigência deste benefício ficam os empregadores da categoria responsáveis por arcar com o custo por empregado de **R\$ 20,00 (vinte reais)** por empregado e por mês para ter direito aos benefícios elencados na **tabela ao final da presente cláusula.**

II) Para inclusão, exclusão ou movimentação no benefício, deverá ser enviado e-mail através de planilha padrão para: cadastrobes@proagirbeneficios.com.br com os seguintes dados: NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO COM CEP, TELEFONE RESIDENCIAL, TELEFONE CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, DATA DE ADMISSÃO E OU DEMISSÃO.

III) A listagem deverá ser encaminhada até o dia 25 de cada mês. Caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25. Caso não receba o boleto em até 5 (cinco) dias antes do vencimento, cabe à empregadora solicitar através do telefone (31)3442-1300 / 4000-1055 (Capitais e regiões metropolitanas) e 0800-9410-123 (demais regiões) ou e-mail: cobrancabes@proagirbeneficios.com.br

Caso o valor do boleto esteja divergente, favor entrar em contato imediatamente, até no máximo o dia do vencimento original (padrão), ou seja, dia 10. Ultrapassando essa data o boleto não poderá ser alterado.

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

V) A empregadora deverá proceder o primeiro pagamento até o dia 10 do mês subsequente a inclusão, e os demais pagamentos todo dia 10 de cada mês, através de boleto bancário, enviado previamente através da Administradora responsável.

VI) O prazo máximo para receber a documentação completa da ocorrência é de até 90 (noventa) dias corridos, contados do fato gerador, desde que o beneficiário esteja vigente e desde que respeitado as normas do Manual de Regras e Orientações. A documentação deverá ser enviada ao e-mail: ocorrencias@proagirbeneficios.com.br.

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

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

PARÁGRAFO TERCEIRO

No caso de trabalhadores afastados antes do início do BEM-ESTAR SOCIAL, a 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 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 a este mês, lembrando que a empregadora deverá informar a demissão no prazo correto.

PARÁGRAFO QUARTO

Em caso de prejuízo ao empregado por inadimplência e/ou descumprimento pelo Empregador, a empregadora configura-se como inteiramente responsável pelo pagamento das garantias estabelecidas nesta cláusula, quando da ocorrência dos eventos, bem como permanece regularmente responsável pelo descumprimento da presente CCT, assumindo todo ônus pelo indevido descumprimento.

PARÁGRAFO QUINTO

A inadimplência de qualquer boleto em atraso igual ou superior a 20 (vinte) dias do vencimento original acarretará a suspensão de todos os empregados, bem como benefícios garantidos ao empregador. Caso recebamos listagem com a movimentação (inclusão e ou exclusão de empregados), estes não serão atualizadas caso a Instituição Empregadora esteja inadimplência. **Após a quitação de todas as pendências a empregadora deverá encaminhar a lista atualizada para reinclusão e os empregados serão incluídos com novo início.** Com a suspensão da utilização por inadimplência, a Instituição é responsável pelos custos advindos da necessidade de uso de cada beneficiário.

PARÁGRAFO SEXTO

As empregadoras que oferecem os mesmos benefícios aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, desde que comprovem que os benefícios e vantagens contratadas 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 empregadora deve enviar ao sindicato, cópia do contrato ou proposta com o prestador, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e a lista dos empregados beneficiário e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

PARAGRAFO SETIMO – TABELA DE BENEFÍCIOS

BENEFÍCIOS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	MOTIVO
BENEFÍCIO KIT NATALIDADE	450,00	1	Nascimento de filho(a) da empregada titular (mãe).
BENEFÍCIO CESTA BÁSICA	450,00	1	Afastamento por doença superior a 60 dias e inferior ou igual a 90 dias.
BENEFÍCIO PÓS-CIRÚRGICO	Até 400,00	1	Afastamento por acidente seguido de procedimento cirúrgico.
BENEFÍCIO ORTOPÉDICO	Até 600,00	1	Afastamento por acidente com locação de aparelhos.
BENEFÍCIO ALIMENTAR POR AFASTAMENTO	500,00	2	Afastamento por doença superior a 90 dias e inferior ou igual a 180 dias.
BENEFÍCIO CRECHE	200,00	3	Matrícula do filho(a) em creche particular.
BENEFÍCIO CASAMENTO	900,00	1	Em caso de casamento do titular.
BENEFÍCIO PSICOLÓGICO SOLIDÁRIO	Até 1350,00	-	Afastamento superior a 180 dias.
BENEFÍCIO APOSENTADORIA	1.500,00	1	Aposentadoria do titular.
BENEFÍCIO KIT ESCOLA	Até 450,00	1	Aquisição de material escolar de filho(a) matriculado em escola particular no Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano).
BENEFÍCIO NUTRICIONAL E FITNESS	-	-	Apoio nutricional e fitness ao titular.
REDE DE DESCONTOS	-	-	Rede de descontos nacional.
BENEFÍCIOS PARA AS EMPRESAS			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	MOTIVO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	Até 2.000,00	1	Pagamento de rescisão de empregado com no mínimo 10 anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO	500,00	1	Verba para treinamento em razão da admissão de trabalhador acima de 60 anos ou deficiente físico.
REEMBOLSO DE LICENÇA PATERNIDADE	450,00	1	Licença do empregado titular.
REEMBOLSO DE	600,00	1	Licença da empregada titular.

LICENÇA MATERNIDADE			
REEMBOLSO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE	1.500,00	1	Afastamento do titular por acidente.

CLÁUSULA QUINTA - SEGURO DE VIDA EM GRUPO

As Empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul, Sul pagarão integralmente para todos os seus empregados mensalmente, um Seguro de Vida e Acidentes Pessoais, garantido exclusivamente por Seguradora. O referido seguro oferecido pelo sindicato tem as seguintes importâncias seguradas:

SEGURO DE VIDA EM GRUPO			
	TITULAR	CÔNJUGE	FILHOS
MORTE	16.000,00	4.800,00	3.200,00
MORTE ACIDENTAL	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ATÉ	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE ATÉ	16.000,00	4.800,00	NÃO TEM
DOENÇAS GRAVES: Neoplasia, cardíaca, AVC, cegueira, Glaucoma, Respiratório, Alzheimer, Renal, Parkinson, Esclerose. ¹	16.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR ATÉ	3.000,00	3.000,00	3.000,00
INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS	10.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM
4 SORTEIOS MENSAIS	500,00	NÃO TEM	NÃO TEM
ADAPTAÇÃO DE VEÍCULO/RESIDENCIA EM CASO DE IPA ATÉ	2.000,00	NÃO TEM	NÃO TEM

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. 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.

¹Em caso de indenização paga por Doenças Graves, o segurado será excluído da apólice. As coberturas de Doenças Graves e Morte (Básica) em nenhuma hipótese se acumulam. A cobertura de Doenças Graves engloba as seguintes doenças:

Câncer (Neoplasia): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

Procedimentos para regulação dos sinistros:

- com metástase à distância (decorrente da disseminação do câncer para outros órgãos);
- em tratamento paliativo.

Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas): necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento

das enzimas cardíacas.

Procedimentos para regulação dos sinistros:

- com insuficiência cardíaca de Classe Funcional III ou IV conforme a *New York Heart Association* (NYHA), apesar da terapêutica;
- com fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 40% (fórmula de *Teichholz*).

Acidente Vascular Cerebral – Derrame (AVC): isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz seqüela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais): estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Procedimentos para regulação dos sinistros:

- com *clearance* de creatinina menor que 15 ml/min;
- com terapia renal substitutiva (hemodiálise ou diálise peritoneal) permanente.

Cegueira (perda de 80% ou mais de visão bilateralmente): ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a sua melhor correção e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus em seu melhor olho.

Doença de Alzheimer: doença degenerativa do cérebro que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, afetando as áreas da linguagem, produzindo alterações no comportamento. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo alimentação e higiene.

Doença (Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).

Procedimentos para regulação dos sinistros:

- tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- rigidez muscular: sinal caracterizado e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

SORTEIO:

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

Quando o empregado é contemplado com o benefício do sorteio e o mesmo veio a falecer, o prêmio de sorteio poderá ser pago ao inventariante mediante apresentação de autorização judicial. Na hipótese de o participante contemplado falecer, o prêmio será entregue ao respectivo espólio, na pessoa do seu inventariante, mediante apresentação de autorização judicial.

ASSISTENCIA FUNERAL FAMILIAR:

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

ADAPTAÇÃO DE CASA/VEICULO:

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

FILHOS - INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS:

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

PARÁGRAFO PRIMEIRO

É de inteira responsabilidade das empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul o pagamento da indenização do valor do Seguro de Vida em Grupo aos segurados e/ou beneficiários, quando de sinistro, caso a empresa 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 ou demitidos deverão ser informadas até o dia 25 de cada mês (caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25) para emissão e ou baixa do Certificado Individual do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais. Lembre-se que, essas informações precisam ser atualizadas junto à seguradora para não prejudicar a indenização em caso de sinistro. **A entidade não está isenta de nos enviar as admissões e ou demissões caso tenha feito a homologação no SINDICATO ou caso tenha informado ao departamento de sinistro.**

PARÁGRAFO SEGUNDO

Para nova inclusão, admissão ou demissão a instituição empregadora deverá enviar os dados listados a seguir para o e-mail abaixo. Os dados necessários para cumprimento do benefício são: NOME COMPLETO, CPF, DATA DE NASCIMENTO, ENDEREÇO COMPLETO DO BENEFICIÁRIO COM CEP, TELEFONE RESIDENCIAL, TELEFONE CELULAR DO EMPREGADO, EMAIL DO EMPREGADO, NOME DA MÃE, DATA DE ADMISSÃO E OU DEMISSÃO. As informações acima deverão ser enviadas por e-mail através de planilha padrão, caso não tenha favor solicitar pelo e-mail:

cadastrovg@proagirbeneficios.com.br.

I - A não informação por parte da Empresa empregadora dos empregados admitidos dentro de cada mês, até o vigésimo quinto dia de cada mês, para inclusão e utilização no referido benefício, obriga a empregadora a reverter o referido valor em dobro, **R\$ 17,92 (dezessete reais e noventa e dois centavos)**, ou seja, sendo 50% revertido ao empregado e 50% a entidade sindical, como indenização referente aos meses em que o empregador deixou de oferecer o benefício ao empregado e prejudicou tanto sua utilização quanto a negociação coletiva da categoria, até a completa e obrigatória regularização, bem como o oferecimento do referido benefício ao empregado prejudicado.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A Seguradora determina que os empregados aposentados por invalidez e ou afastados por doença não podem ser incluídos no seguro; **caso os afastados por doença já estejam segurados os mesmos não poderão ser excluídos da lista mensal, continuando segurados normalmente.** Os empregados que tem idade superior a 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias não podem ser incluídos no seguro por força das condições contratadas, no entanto, os que já estiverem no seguro permanecerão segurados, independentemente da idade. No caso dos afastados por doença, após a inclusão, a empresa ficará responsável pelo pagamento integral das mensalidades dos mesmos, no período em que estiverem

afastados por doença; ao retornarem ao trabalho, terão descontados em seus salários os valores pagos pela entidade empregadora. Caso o empregado tenha trabalhado na empresa no mínimo um dia, deverá ser descontado o seguro de vida dele e ficará segurado até o último dia do mês do desconto, sendo assim o nome dele constará no boleto de vigência referente ao mês segurado.

PARÁGRAFO QUARTO

As empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul se comprometem a arcar com o custo integral do referido benefício no valor de R\$ 8,96 (oito reais e noventa e seis centavos), para cada um dos seus empregados mensalmente.

PARÁGRAFO QUINTO

Para garantia das coberturas contratadas por intermédio desta negociação coletiva, a Empresa deverá proceder ao pagamento, dos **R\$ 8,96 (oito reais e noventa e seis centavos)** por cada empregado, através de boleto bancário enviado **mensalmente via e-mail**, desde que a empresa atualize a lista de inclusão e exclusão dos empregados até o dia 25 de cada mês. Caso o dia 25 não seja dia útil, o envio deverá ser antecipado, ou seja, no último dia útil que antecede o dia 25. Caso a empresa empregadora não receba os boletos até 5 dias antes do vencimento solicite-os através do telefone: 4000-1055 (Capitais e regiões metropolitanas) e 0800-9410-123 (demais regiões) ou e-mail: cobrancasvg@proagirbeneficios.com.br **Caso o valor do boleto esteja divergente, favor entrar em contato imediatamente, até no máximo o dia do vencimento original (padrão), ou seja, dia 10. Ultrapassando essa data o boleto deverá ser pago conforme enviado.**

PARÁGRAFO SEXTO

A Empresa deverá proceder o pagamento do boleto até o dia 10 do mês seguinte a inclusão do empregado na lista através de boleto bancário com código de barras, enviado previamente através da Administradora responsável.

PARAGRAFO SÉTIMO

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

PARÁGRAFO OITAVO

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

PARÁGRAFO NONO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO

Cada segurado receberá um Certificado Individual do Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais expedido pela seguradora em até **60 dias do envio da listagem pela instituição empregadora**, caso não tenha recebido favor nos requisitar via e-mail: cadastrsvg@proagirbeneficios.com.br

PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO

O presente Seguro de Vida aplica-se a todos empregados em qualquer modalidade de contrato de trabalho, sendo elas: Contrato de Trabalho por tempo indeterminado; Contrato de Trabalho por prazo determinado, inclusive em período de experiência; Contrato de Trabalho Temporário e etc.

PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO - INADIMPLÊNCIA

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

PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO

Caso as empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul efetuem o desconto mensal do empregado não incluído em lista de atualização (inclusão/exclusão), implicará em responsabilidade civil por parte do Empregador. Para garantia do Seguro de Vida é necessário o cumprimento por parte da Empresa Empregadora (envio da listagem nos prazos estipulados e os pagamentos conforme cláusulas do seguro de vida).

PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO

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

PARÁGRAFO DÉCIMO OITAVO

Em caso de sinistro, para análise e deferimento da indenização segurada é necessário o envio da documentação obrigatória, solicite-a através do e-mail: sinistro@proagirbeneficios.com.br

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

PARÁGRAFO DÉCIMO NONO

As empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul, por liberalidade, poderão incluir seus voluntários no benefício Seguro de Vida, estando ciente que, quando houver sinistro, deverão comprovar o vínculo de voluntariado, sob pena de ser responsabilizada pelo valor integral da indenização garantida nesta clausula.

PARÁGRAFO VIGÉSIMO

Caso as empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul fiquem inadimplentes e tenham algum empregado segurado com idade igual ou superior a 71 anos e/ou que esteja afastado, o mesmo não poderá ser reincluído no seguro de vida, mesmo que a empresa 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 afastado será da Empresa Empregadora.**

PARÁGRAFO VIGÉSIMO PRIMEIRO

As empresas de Casas de Diversões no Estado do Espírito Santo, exceto Região Sul que oferecem seguro de vida aos seus empregados ficam isentas de cumprir a obrigatoriedade com a parceria mencionada nesta cláusula, desde que comprovem que as coberturas e vantagens contratadas não sejam inferiores e/ ou em menor quantidade dos que estão elencados nesta cláusula, bem como a parte do trabalhador não seja maior do que o valor aqui estabelecido, mediante comprovação anual da permanência dos empregados no benefício contratado. Para análise das condições do seguro de vida oferecido, a entidade deve enviar ao sindicato cópia do contrato ou proposta com o prestador, lista dos trabalhadores que utilizam/utilizarão o benefício, o último boleto pago ao prestador com autenticação bancária legível e a lista dos empregados beneficiários, especificar qual percentual ou custo pago pelas partes (empregado e empregador), e quaisquer documentos que possam causar ônus aos trabalhadores.

PARÁGRAFO VIGÉSIMO SEGUNDO

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.

JULIMAR GARCIA
PRESIDENTE
SINDICATO DOS EMPREGADOS EM AG DE TUR C DE D O B R ES

ADELMO CAMILO PEREIRA
PRESIDENTE
SINDICATO PATRONAL DOS SALOES DE CAB P/HOM, INST DE BELEZA E CAB P/SENH, CASAS DE DIV, INST
BENEFI, RELIG E FILAN, LAV, EMPRESAS DE LOC, COMPRA , VENDA E ADM

ANEXOS
ANEXO I - ATA DE ASSEMBLEIA

[Anexo \(PDF\)](#)