



**SINDICATO DOS EMPREGADOS EM COMÉRCIO
HOTELEIRO E SIMILARES DE BELO HORIZONTE**

Rua São Paulo, 409 – 23º Andar – Centro – Capital
Fone: 3201-3363 – Fax: 3272-7619 - sechsbh@sechsbh.com.br – www.sechsbh.com.br
C.G.C. 17.446.832/0001-39 / Inscrição Estadual (Isento)

GUIA MENSAL 2015/2016

PROGRAMA DE ATENDIMENTO MÉDICO – PAM - 2015/2016

OBSERVAÇÃO:
**ESTA GUIA SOMENTE
PODERÁ SER QUITADA NA
SECRETARIA DO
SINDICATO**
(ENDEREÇO ACIMA)

CARIMBO CNPJ (CGC)

**CONTRIBUIÇÃO DO EMPREGADOR – MANUTENÇÃO DO
PROGRAMA DE ATENDIMENTO MÉDICO – PAM**

(Aprovada em Convenção Coletiva de Trabalho – 2015/2016, entre o SECHS-BH e o SINDHORB, Cláusula 50ª, Registro no Mte. nº MG003707/2015)

TAXA MENSAL

INSTRUÇÕES

- 1º - **VALOR MENSAL POR EMPREGADO** - R\$3,00 (TRÊS REAIS)
2º - **VALOR MÍNIMO FIXADO POR EMPRESA** - DE 01 A 07 EMPREGADOS - R\$18,00 (DEZOITO REAIS)
- DE 08 A 13 EMPREGADOS - R\$26,00 (VINTE E SEIS REAIS)
- ACIMA DE 14 EMPREGADOS – R\$3,00 (TRÊS REAIS) POR EMPREGADO,
RESPEITANDO O LIMITE MÍNIMO DE R\$40,00 (QUARENTA REAIS) E O MÁXIMO DE R\$320,00 (TREZENTOS E VINTE REAIS).
3º - **PRAZO DE REPASSE** (CONFORME § 1º DA CLÁUSULA 50ª DA CCT-2015/2016, OU SEJA, ATÉ O DIA 10 (DEZ) DE CADA MÊS).
4º - **PAGAMENTO COM ATRASO** – O REPASSE DOS VALORES ALÉM DOS PRAZOS ESTABELECIDOS SERÁ ACRESCIDO DE MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) E JUROS DE MORA DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS, CONFORME § 2º DA CLÁUSULA 50ª DA CCT/2015/2016.

AO EFETUAR O REPASSE DESTE PAM, ANEXAR RELAÇÃO DE EMPREGADOS NA VIA DO SINDICATO E CÓPIA DO CAGED, CONFORME § 1º DA CLÁUSULA 50ª DA CCT-2015/2016

Exercício ____/____ MÊS ANO	Vencimento ____/____/____	Valor do Documento	Autenticação Mecânica
------------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------	------------------------------

Via Empresa



**SINDICATO DOS EMPREGADOS EM COMÉRCIO
HOTELEIRO E SIMILARES DE BELO HORIZONTE**

C.G.C. 17.446.832/0001-39 / Inscrição Estadual (Isento)
Fone: 3201-3363 – Fax: 3272-7619 - sechsbh@sechsbh.com.br – www.sechsbh.com.br

PROGRAMA DE ATENDIMENTO MÉDICO – PAM – 2015/2016

03 - ENZOL 10-00-10-00

Local de Pagamento Sindicato dos Empregados em Comércio Hoteleiro e Similares de Belo Horizonte			Vencimento
Endereço Rua São Paulo, 409 – 23º Andar – Centro – Capital			(=) Valor do Documento
Data do Documento ____/____/____	Nº de Empregados	Exercício ____/____ MÊS ANO	(+) Multa
Esta guia somente poderá ser quitada na secretaria do Sindicato (endereço acima). Após vencimento, cobrar multa de 2% e juros de 1% ao mês.			(+) Juros
			(=) Valor Total
EMPRESA		CNPJ (CGC)	