

**CARTA DE OPOSIÇÃO – CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL**

**2020/2022**

Local / data:

**AO SINSESP**

**Razão Social da Empresa:** \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: SP

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome responsável RH/Contabilidade: \_\_\_\_\_

E-mail do RH, geral da empresa ou Contabilidade: \_\_\_\_\_

**Nome da Profissional:** \_\_\_\_\_

Data de Admissão \_\_\_\_\_ Cargo na Admissão \_\_\_\_\_

Cargo Atual \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nº SRTE \_\_\_\_\_ CTPS nº \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

e-mail para contato: \_\_\_\_\_

Prezados Senhores, Manifesto minha oposição ao desconto de Contribuição Assistencial, referente à Norma Coletiva do período de **01/05/2020 a 30/04/2022**.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
**Ass.: (não é necessário reconhecer firma)**

**\*Obrigatório o preenchimento de todos os dados solicitados para que a carta seja processada em nosso sistema.**

**\*Importante: Só serão aceitas as cartas entregues pessoalmente ou portador no período de 02/08/2021 a 11/08/2021 de segunda a sexta-feira das 09h às 14h.**