

**CARTA DE OPOSIÇÃO – CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL
2023-2024**

Local / Data

AO
SINSESP

Razão Social da Empresa: _____
CNPJ: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: _____
Nome responsável RH: _____
E-mail do RH ou geral da empresa: _____

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 01/05/2023 a 30/04/2024.

Atenciosamente,

Ass.:
(não é necessário reconhecer firma)

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

***Rua Tupi, 118 – Santa Cecília – Ramal 01
Horário de Atendimento: das 09h às 12h e das 13h às 15h**