

**CARTA DE OPOSIÇÃO – CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL  
2024-2025**

Local / data:

AO  
SINSESP

**Razão Social da Empresa:** \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ Salário atual: \_\_\_\_\_  
RG.: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
Nº SRTE \_\_\_\_\_ CTPS Nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
Telefone Celular \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
E-mail para contato: \_\_\_\_\_

Prezados Senhores,

Manifesto minha oposição ao desconto de Contribuição Assistencial, referente à Norma Coletiva do **período de 01/05/2024 a 30/04/2025.**

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 11 a 20 de junho de 2024, das 09h às 12h e das 13h às 15h Rua Tupi, 118 – Santa Cecília – São Paulo – S.P. Interfone 1**