

**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 24 de junho a 03 de julho de 2024, das 09h às 12h e das 13h às 15h Rua Tupi, 118 – Santa Cecília – São Paulo – S.P. Interfone 1**