

**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: _____

Endereço _____

Bairro: _____ Cep: _____

Cidade: _____ Estado: _____

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 19 de agosto a 28 de agosto de 2024, das 09h às 12h e das 13h às 15h Rua Tupi, 118 – Santa Cecília – São Paulo – S.P. Interfone 1**