

Cidade: _____ - MS - Data ____/____/____.

CARTA DE OPOSIÇÃO AO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO NEGOCIAL

Ao
SINDICATO INTERMUNICIPAL DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL – **SINTESAÚDE/MS**

EU _____

Que exerço a função de: _____

Na empresa: _____

Manifesto minha oposição ao desconto em folha de pagamento a título de
contribuição negocial, correspondente a 1/30 avos, em favor do
SINTESAÚDE/MS.

Por ser verdade, assino a presente

(assinatura)

- OPOSIÇÃO PRESENCIAL:

O FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO A **PRÓPRIO PUNHO E ENTREGUE INDIVIDUALMENTE** PELO EMPREGADO INTERESSADO QUE NÃO AUTORIZAR O DESCONTO ANUAL NA SEDE DO SINDICATO EM **03 (TRÊS) VIAS**.

- OPOSIÇÃO POR MEIO ELETRÔNICO:

NA IMPOSSIBILIDADE DOS TRABALHADORES DE PROTOCOLO DE FORMA PRESENCIAL FICA ASSEGURADO O DIREITO DE OPOSIÇÃO **DENTRO DO PRAZO ESTABELECIDO POR MEIO DE ENDEREÇO ELETRÔNICO** DO SINTESAÚDE/MS, QUAL SEJA: sintesaude_ms.oposicao@outlook.com UTILIZANDO-SE, PARA TANTO, OBRIGATORIAMENTE, O E-MAIL INDIVIDUAL DO EMPREGADO INTERESSADO.

Ficará o trabalhador responsável pelo encaminhamento de uma das vias devidamente
recebida pelo sindicato ao empregador.

SINTESAÚDE/MS

RUA 13 DE MAIO 4.007 – CENTRO EM CAMPO GRANDE/MS

e-mail: sintesaude_ms@hotmail.com OU **whatsapp** (67) 99208-0269

Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8:00hs as 12:00hs