



SINDMED
Médicos do Grande ABC

CASA DOS MÉDICOS DO ABC

FORMULÁRIO DE OPOSIÇÃO AO DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL 2023

Prevista na Convenção Coletiva de Trabalho
Sindicato dos Médicos do Grande ABC

DADOS DO MÉDICO Opositor			
NOME:			
CRM:	CPF:	RG:	
ENDEREÇO:			Nº
CIDADE/UF:			CEP:
E-MAIL:			
Fones:			
DADOS DO EMPREGADOR			
CNPJ:			
Razão Social:			
Local de Trabalho:			

Eu, médico(a) acima qualificado, assino o presente formulário, manifestando oposição ao desconto da contribuição assistencial estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho de 2023 em favor do Sindicato dos Médicos do Grande ABC.

Santo André, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) médico(a)
