



**SINDICATO DOS COMERCIÁRIOS DE BARREIRAS E REGIÃO OESTE DA BAHIA**

**CNPJ: 05.807.098/0001-07**

## **FORMULÁRIO DE OPOSIÇÃO A TAXA ASSISTÊNCIAL 2022**

Eu, \_\_\_\_\_,  
brasileiro(a), data de nascimento \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_, RG  
nº. \_\_\_\_\_ SSP \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº.  
\_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_ na  
cidade/município de \_\_\_\_\_/BA, CTPS \_\_\_\_\_,  
Série \_\_\_\_\_, PIS \_\_\_\_\_, Funcionário(a) da  
empresa \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_,  
venho por meio deste, me opor a taxa assistencial, a ser descontada na minha folha de  
pagamento a esta instituição sindical, conforme citada na Cláusula-23º da CCT -  
Convenção Coletiva de Trabalho de 2022/2023.

Sem mais,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Empregado(a)